

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Sabina Kamenová

Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti na návykových látkách:
přehled zahraničních modelů integrované léčby

Integrated Treatment for Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance
Use Disorder: Review of International Experiences

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Doležalová

Praha, 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 04. 2017

Sabina Kamenová

Podpis

Identifikační záznam

KAMENOVÁ, Sabina. Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti na návykových látkách: přehled zahraničních modelů integrované léčby. [Integrated Treatment for Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder: Review of International Experiences]. Praha, 2017. 88 s., Diplomová práce (DP). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Doležalová, Pavla.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce za vedení této diplomové práce, cenné rady a podporu. Dále děkuji své rodině a všem svým přátelům za hodnotné konzultace, potřebné odreagování a povzbuzování, a to nejen v průběhu tvorby této práce, ale i v průběhu celého studia.

Abstrakt

Východiska: Existuje častý výskyt posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u osob se závislostí na návykových látkách (NL) a zároveň častý výskyt užívání NL různého spektra u osob s PTSD. Řada zahraničních autorů upozorňuje na komplikace, které se vyskytují u jedinců s touto duální diagnózou (vyšší riziko předčasného ukončení léčby, vyšší počet sebevražedných pokusů, závažnější následky užívání NL, častější relapsy u obou diagnóz atd.). Negativní dopady této komorbidit na úspěšnost léčby závislosti upozorňují na nutnost zaměřit se na vylepšení postupů v diagnostice PTSD a na současnou léčbu obou poruch. Řada výzkumů také dokazuje, že zlepšení stavu jedince v symptomatice PTSD zvyšuje pravděpodobnost zlepšení situace i v oblasti problému s užíváním NL. V českém prostředí je nedostatek pramenů zaměřujících se na vzájemný vztah těchto komorbidit a jejich léčbu, zároveň chybí příklady dobré praxe.

Cíle: Cílem práce je představit problematiku duální diagnózy – PTSD a závislost na NL. Záměrem je představit vztah těchto poruch, se zaměřením na možnou etiologii, a dále ukázat možnosti léčby. Cílem praktické části práce je uvést konkrétní modely integrované léčby PTSD a závislosti na NL a poskytnout systematický přehled výsledků výzkumných článků, zabývajících se srovnáním léčebných výsledků integrovaného modelu s alternativní léčbou zaměřující se pouze na terapii závislosti.

Metody: Na základě rešerše dostupné literatury byla nalezena celá řada integrovaných léčebných modelů. Dle relevantnosti zvolených kritérií byly vybrány tři modely (COPE, ICBT, Seeking Safety), které jsou popsány v praktické části. K těmto modelům jsou představeny výzkumy, srovnávající jejich léčebné výsledky v porovnání s alternativní léčbou.

Výsledky: Dva ze tří výzkumů (COPE a ICBT) potvrzují, že modely vykazují signifikantně lepší výsledky v PTSD. Model Seeking Safety nepotvrzuje signifikantní rozdíl v léčebných výsledcích PTSD ve srovnání s alternativní léčbou. Všechny tři výzkumy vykazují stejný výsledek v oblasti užívání NL, kdy v daných výzkumech není prokázán rozdíl mezi skupinami, nicméně u experimentální i kontrolní skupiny se projevuje pozitivní změna.

Závěr a doporučení: Práce je uceleným systematickým přehledem léčebných možností v léčbě duální diagnózy PTSD a syndromu závislosti. Využití výsledků této práce může sloužit jako příklad zahraniční dobré praxe a inspirace pro léčebnou praxi či prevenci v České republice.

Klíčová slova

trauma – závislost – posttraumatická stresová porucha – duální diagnóza – integrovaná léčba

Abstract

Introduction: There is a frequent incidence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with substance use disorder (SUD) and there is also a frequent occurrence of substance use in people with PTSD. Many foreign authors highlight the complications that occur in individuals with this dual diagnosis: higher risk of drop-out from treatment, a higher number of suicide attempts, more serious consequences of substance use, more frequent relapses of both of two diagnoses, etc. The negative impact of this comorbidity on treatment outcomes, highlights the need to focus on improving procedures in the diagnosis of PTSD in people treating from SUD and a need of integrated treatment of both disorders. Many studies also suggest that improving the condition of PTSD increases the likelihood of improvement in substance use. In the Czech Republic, there is a lack of sources that focus on the relationship of these comorbidities and their treatment. Examples of a good practice are also missing.

Aims: The aim of this thesis is to introduce the issue of dual diagnosis – PTSD and SUD. The intention of the theoretical part is to present the relationship of these two disorders, with a focus on possible etiology and treatment options. The aim of the practical part is to introduce specific models of integrated treatment of PTSD and SUD and provide a systematic overview of the results of studies dealing with the comparison of treatment results of integrated model with alternative therapy focusing only on the treatment of SUD.

Methods: Based on the research of literature, a variety of integrated treatment models was found. According to the relevance of the selected criteria, three models were selected (COPE, ICBT, Seeking Safety), which are described in the practical part of this thesis. There are also presented three studies comparing treatment outcomes of these models compared to alternative treatment.

Results: Two of the three studies (COPE and ICBT) confirm that the models show significantly better results in PTSD treatment outcomes. Seeking Safety model does not confirm a significant difference in PTSD treatment outcomes, compared to alternative treatment. All three studies show the same result in the SUD treatment outcomes: no between group differences, however, the experimental and control groups show a positive change.

Conclusions and recommendations: The thesis is a systematic review of treatment options of dual diagnosis PTSD and SUD. Use of the results of this work can serve as an example of international best experiences and inspiration for the treatment or prevention practice in the Czech Republic.

Keywords

trauma – substance use disorder – posttraumatic stress disorder – dual diagnosis – integrated treatment

Obsah

I. Úvod	3
II. Teoretická část	5
1. Psychické trauma	5
1.1. Stres	5
1.1.1. Vyrovnávání se se zátěží	6
1.1.2. Obranné mechanismy	6
1.1.3. Copingové strategie	7
2. Posttraumatická stresová porucha	8
2.1. Projevy posttraumatické stresové poruchy	8
2.2. Vznik posttraumatické stresové poruchy	9
2.3. Prevalence posttraumatické stresové poruchy	11
2.4. Diagnostika	11
2.4.1. Diagnostika dle MKN-10	11
2.4.2. Diagnostika dle DSM-5	12
2.4.3. Diferenciální diagnostika	12
2.5. Komorbidita	14
2.6. Posttraumatický rozvoj	15
3. Vztah mezi traumatem a závislostí	16
3.1. Duální diagnózy	16
3.2. Prevalence duálních diagnóz	16
3.3. Prevalence posttraumatické stresové poruchy a typy traumat u adiktologických klientů	17
3.4. Etiologické úvahy	18
3.4.1. Duševní porucha – návykový problém	18
3.4.2. Návykový problém – duševní porucha	19
3.5. Typy užívaných látek u jedinců s posttraumatickou stresovou poruchou ..	20
4. Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti	21
4.1. Léčba posttraumatické stresové poruchy	21
4.1.1. Psychoterapie	21
4.1.2. Farmakoterapie	23
4.2. Léčba duálních diagnóz	23
4.3. Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti	25
4.3.1. Vyšetření traumatu a posttraumatické stresové poruchy	27

4.3.2. Farmakoterapie zaměřená na posttraumatickou stresovou poruchu a závislost.....	28
4.4. Bariéry ve využití integrovaných přístupů	30
III. Praktická část.....	32
5. Použité metody	32
5.1. Cíle a výzkumné otázky	32
5.2. Metody sběru a analýzy dat.....	32
5.2.1. Kritéria výběru	34
5.3. Výběrový soubor	35
5.4. Etické aspekty	37
5.5. Limity práce	37
6. Výsledky.....	39
6.1. Popisy jednotlivých modelů.....	39
6.1.1. Concurrent Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure	41
6.1.2. Seeking Safety	44
6.1.3. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie	50
6.2. Přehled dalších modelů	53
6.3. Představení jednotlivých výzkumů	56
6.3.1. Concurrent Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure	56
6.3.2. Seeking Safety	57
6.3.3. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie.....	58
6.3.4. Shrnutí výsledků výzkumů.....	58
7. Diskuze a závěry.....	60
Použitá literatura	69

I. Úvod

Vystavení traumatům je běžným jevem, vyskytujícím se v obecné populaci. Tato práce se úzce zaměřuje na adiktologickou klientelu, ve které je výskyt traumatických zážitků velmi častý (např. Gielen, 2012). Tito jedinci jsou obecně více zranitelní v oblasti možné traumatizace, často prožívají traumata mezilidského charakteru, přičemž vícenásobná traumata jsou spíše pravidlem než výjimkou. I proto bývá klienty s touto duální diagnózou obtížnější zapojit do léčby a samotný prožitek traumatu bývá spojen s vyšší mírou ukončení léčby předčasně (tzv. drop-out), navíc opakovaně neúspěšná léčba může vést k tomu, že je klient označen nálepkou „obtížný klient“ (např. Roberts et al. 2015; Souza, Spates, 2008). Vyskytuje se i nižší míra dodržování léčebných doporučení. Jedinci s posttraumatickou stresovou poruchou, dle citovaných autorů, vykazují o hodně nižší pokroky v léčbě, než klienti bez duální diagnózy a léčba u nich často bývá delší (Souza, Spates, 2008; Killeen et al., 2015). Také mají vyšší tendence k interpersonálním konfliktům (Souza, Spates, 2008), což může vést k obtížnějšímu navázání kvalitního terapeutického vztahu a uzavření terapeutického kontraktu. Tito klienti dále trpí závažnějšími psychickými symptomy (dle Killeen et al., 2015 i vyšším počtem sebevražedných pokusů), závažnějšími následky užívání návykových látek, častějšími relapsy obou poruch či náchylností k častým osobním životním krizím (Fox et al., 2010). Studie prokázaly, že vzpomínky na trauma zvyšují craving a riziko lapsu či relapsu více, než je tomu u obvyklých stimulů, které vyvolávají craving (Coffey et al., 2005). Jedinci s duální diagnózou PTSD a syndrom závislosti také prokazují vyšší míru vyhýbavého copingového mechanismu, než jedinci bez PTSD komorbiditu (Ouimette et al., 1999). Negativní dopady této komorbiditu na úspěšnost v léčbě závislosti upozorňují na nutnost zaměřit se na vylepšení postupů v léčbě (Brady et al., 2001; Back, 2010).

Navzdory mnoha důkazům o vysokém výskytu těchto komorbidit a o komplikacích, které může tato duální diagnóza přinášet ve výsledcích v léčbě, posttraumatická stresová porucha bývá často u adiktologických klientů zanedbávána (např. Mills et al., 2005). Je prokázáno, že zlepšení v symptomatice PTSD zvyšuje pravděpodobnost zlepšení výsledků léčby závislostní poruchy (např. Back et al., 2006; Hien et al., 2010). Adekvátní léčba obou diagnóz tedy může zvýšit účinnost léčby, a tím i snížit počet neúspěšných léčeb. K těmto klientům je tedy žádoucí přistupovat s individuálním přístupem a kvalitní metodika by mohla napomoci k úspěšnější léčbě.

Tato práce je prací teoretickou, konkrétně se jedná o review, a je rozdělena na dvě části, a sice část teoretickou a praktickou. Teoretická část přináší přehled informací o posttraumatické stresové poruše (PTSD) a užívání návykových látek (NL) či závislosti na nich. Popisuje stručně psychické trauma a jeho možný následek – rozvoj posttraumatické stresové poruchy. Záměrem je popsat vzájemný vztah mezi oběma komorbiditami, především co se týká etiologie. Další část se zaměřuje na popis možných léčebných metod

PTSD a dále na možnosti v léčbě klientů s oběma poruchami: PTSD a závislostí na návykových látkách. Praktická část má zodpovědět výzkumné otázky čili představit různé modely integrované léčby závislosti na návykových látkách a posttraumatické stresové poruchy, které se využívají v zahraničí a představit výzkumy zaměřující se na jejich využívání v léčebné praxi. Práce se zaměřuje právě na integrovanou léčbu, protože se tento přístup jeví jako ten nejvíce efektivní a má větší úspěch na dlouhodobou úzdravu jedince (např. Souza, Spates, 2008; Kalina et al., 2015; Killeen et al., 2011).

Vybrány jsou jen modely, které splňují kritéria pro zařazení do této práce, a ty jsou konkrétně představeny. Následně jsou popsány výzkumy, které srovnávají léčebné výsledky modelu s kontrolní skupinou, přičemž participanti kontrolní skupiny prochází léčbou, která je zaměřena pouze na problematiku užívání návykových látek. Další modely, které z různých důvodů nesplňují kritéria popsané v praktické části práce, jsou stručně představeny v samostatné kapitole. Výsledky představených výzkumů, s propojením s dalšími poznatky, jsou diskutovány v závěrečné kapitole.

II. Teoretická část

1. Psychické trauma

Traumatem rozumíme takové životní okolnosti, které člověku přivodí narušení důležitých oblastí jeho dosavadního života (Calhoun, Tedeschi, 2006). Jedná se o události hrozivého rázu, které mohou způsobit některé duševní poruchy. Tyto události lze rozdělit do dvou hlavních skupin. První jsou přírodní katastrofy, kdy dochází k traumatickým událostem působením přírodních sil (například povodně, požáry, zemětřesení a podobně). Druhou skupinu tvoří katastrofy způsobené člověkem. Tam se řadí všechny druhy násilí: znásilnění, zneužívání, týrání, války, věznění, mučení nebo například koncentrační tábory. Obecně se za nejvíce traumatizující události považují ty, v nichž hraje roli lidský úmysl; obzvláště takové, které způsobil někdo blízký, který člověka úmyslně zranil. Setkání s takovou krutostí totiž postihuje základní důvěru člověka v dobro a prožitý pocit bezmoci a násilné narušení osobní integrity jsou tak hlubokým zásahem do psychiky člověka (Vizinová, Preiss, 1999).

Dle Vizinové a Preisse (1999) vzniká psychické trauma působením jedné extrémně stresující situace nebo dlouhotrvajícími stresujícími situacemi, které mají tyto charakteristiky: příčina je pro jedince vnější (působením vnějšího činitele jsou narušeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince), extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmoci. Zjednodušeně lze říci, že trauma je reakcí na bezmoc, dochází k němu, když se vyčerpají vnitřní a vnější zdroje, a není, jak se vyrovnat s ohrožením. Traumatické události v člověku vyvolávají hluboké a trvalé změny v osobnosti a mají tendence přetrvávat dlouho po skončení skutečného stavu ohrožení.

1.1. Stres

Chceme-li porozumět tomu, co to ve skutečnosti trauma je, je potřeba vymezit i pojem stres. Stres popsal poprvé v roce 1949 Hans Selye, který stres popsal spíše fyziologicky jako nespecifickou reakci organismu na jakýkoliv nárok či zátěž, spočívající v mobilizování obranných mechanismů a energetických rezerv (Vizinová, Preiss, 1999).

R. S. Lazarus, který je považován za jednoho z nejznámějších autorů v této oblasti, definuje stres jako ohrožení organismu v důsledku nadměrných požadavků na psychické a fyziologické adaptační rezervy. Hartl popisuje stres jako: *“nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci. Liší se od reakce, v níž zátěž může být vyřešena únikovým mechanismem. Rozsah psychologických stresorů je individuální a velmi široký, rozdílná je i tolerance na stres.”* (Hartl, 2004, s. 263).

Stresující vliv určitého podnětu na jedince má vždy velmi individuální charakter. Při dlouhodobé zátěži může dojít k takzvanému chronickému stresu, u kterého nejsou

aktuální příznaky tolik nápadné; mohou mít ale mnohem větší dopad na organismus, kdy může dojít i k patologickým změnám v psychice i v organismu člověka.

Stres ale nemusí mít vždy negativní vliv na fyzickou či psychickou pohodu. Vágnerová (2008) ve své knize popisuje možnou míru a také variantu stresu, která může člověka aktivizovat k hledání možného řešení a zvyšování kompetence jedince. Překonání takového stresu pak může posilovat sebedůvěru člověka.

1.1.1. Vyrovnávání se se zátěží

V souvislosti s otázkami vyrovnávání se se zátěží jsou důležité dva pojmy, a to adaptace a zvládání (coping). Rozdíl mezi adaptací a zvládáním popisuje například Krivohlavý (1994). Za adaptaci považuje vyrovnávání se se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci. Zvládáním pak rozumí boj člověka s nepřiměřenou zátěží. Zvládání je spojeno s mírou adaptability jedince čili mírou schopnosti přizpůsobit se na změnu podmínek (Vizinová, Preiss, 1999).

Definice Kohna (1996) vymezuje zvládání jako vědomé adaptování se na stresory. Zvládání zahrnuje buď reakci na bezprostředně přicházející či už působící stresor, nebo neměnný způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory působícími průběžně a v různých situacích. Stresory mohou být každodenní problémy a potíže, stejně tak i traumatické události (Kohn, 1996, in Mareš, 2001).

V průběhu života mohou nastat neočekávané a vlastní silou nezvladatelné situace, které jsou pro jedince natolik stresující nebo traumatizující, že se s nimi nedokáže běžným způsobem vyrovnat.

1.1.2. Obranné mechanismy

Obranné mechanismy se obecně dělí na nezralé a zralé. Jsou to reakce často neuvědomované, které mohou zkreslovat realitu, nepředchází jim zhodnocení situace a jejich výsledkem je automatické chování.

Mezi nezralé mechanismy se řadí například: (1) projekce - promítání svých pocitů a motivů do jiných lidí, přisuzování vlastních chyb druhým, (2) popření - kdy se člověk brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující a nepříjemné, (3) vytěsnění - je založeno na odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí (např. traumatizující zážitky); vytěsněné obsahy vědomí se pak projevují i nadále, ale v pozměněné podobě, které nevyvolávají tak intenzivní pocity ohrožení, (4) regrese - návrat či únik na vývojově nižší úroveň chování (také může fungovat jako reakce na prožitek traumatu).

Mezi zdravé se řadí například sublimace – představuje transformaci nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který je dostupný a přijatelný; humor či zaměření se na budoucnost (Vágnerová, 2008).

1.1.3. Copingové strategie

Copingové strategie lze vysvětlit jako reakce, jimiž se jedinec snaží snižovat úroveň nežádoucí zátěže.

Volba vhodné copingové strategie závisí na individuálním hodnocení zátěžové situace, na posouzení vlastních možností i na předcházejících zkušenostech. „*Výběr vyrovnávacích strategií ovlivňují i osobnostní rysy konkrétních jedinců – predisponují tak k určitému stylu vyrovnávání se se stresem a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu.*“ (Vizinová, Preiss, 1999, s. 16).

Existuje celá řada kategorizací copingových strategií. Jedním z nich je rozlišení dle Lazaruse a Folkmanové (1984). První kategorií je zaměření se na problém, kdy dochází k úsilí působit na prostředí, měnit ho. Zahrnuje takové projevy chování jako je analýza problému, sestavení plánu postupu a aktivní jednání. Další možnou strategií je zaměření se na emoce, což je reprezentováno úsilím vyplývajícím z vlastní emocionální reakce, obsahuje expresivní vyjadřování emocí, reinterpetaci jevů, přijetí situace, ale i popření. Poslední reakcí je dle autorů orientace na únik, která může zahrnovat denní snění, spánek, či užívání návykových látek.

Caplan (1964) rozlišuje copingové strategie na efektivní a neefektivní.

Efektivními jsou například aktivní přístup k realitě a hledání informací, ventilování pozitivních a negativních emocí, aktivní hledání pomoci u jiných, rozdělení problémové situace na části a jejich postupné řešení, schopnost rozeznat příznaky únavy, schopnost akceptace problémů v případě, že je není možné změnit, ochota se změnit.

Neefektivními strategiemi jsou pak odmítání připustit si problémovou situaci, selektivní uvažování, náladovost či pasivita, potlačování negativních emocí, dezorganizace, zhoršení pracovní výkonnosti, prudké narušení denního rytmu, neschopnost sebeovládání, výbuchy emocí, rezignace či nehledání nebo neakceptování nabízené pomoci od druhých (Caplan, 1964 in Špatenková, 2004).

2. Posttraumatická stresová porucha

Vystavení traumatickým událostem je spojeno se širokou škálou komplikací. U osob, které v dětství a dospívání prožily trauma, existuje vyšší riziko vzniku celé řady psychických onemocnění, jako je právě PTSD (Fox et al., 2010). Posttraumatická stresová porucha tedy může vznikat jako následek traumatu. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí posttraumatickou stresovou poruchu do kategorie F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, konkrétně do skupiny F43 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Tato porucha začíná jako opožděná nebo protahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci, mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která by mohla způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory nejsou pro vysvětlení vzniku této poruchy nutné ani dostačující, mohou ale snižovat práh vzniku nebo zhoršovat průběh poruchy. Jsou to například rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze. Praško (2002) tyto predisponující faktory rozlišuje na vrozené a naučené. Vrozené jsou naše osobní schopnosti a předpoklady, jak zvládat stres. Naučené pak zahrnují zkušenosti a zážitky, kterými si jedinec projde během života a na základě nichž se naučí reagovat na různé situace. Jedná se jak o vytváření vlastních strategií (viz kapitola 1.1.1. až 1.1.3.), tak o kopírování chování jiných (Praško et al., 2002).

2.1. Projevy posttraumatické stresové poruchy

Typické jsou flashbacky¹, či znovuprožívání traumat ve snech nebo nočních můrách. Méně často se vyskytují stavy podobné disociativním stavům, během nichž jsou události znovu prožívány (několik minut, hodin, či dnů), a osoba se chová, jako by právě událost prožívala. Takové stavy byly popsány například u válečných veteránů. Dále se vyskytuje zvýšená podrážděnost a agresivita po minimální nebo žádné provokaci, zvýšená úleková reakce, závratě, bolesti hlavy, potíže s pamětí, impulzivní chování, poruchy spánku, emoční oploštělost, netečnost, stranění se. Lidé si mohou stěžovat, že se cítí odcizení od ostatních, chybí jim radost z aktivit, které vykonávali dříve, mají problémy s intimitou, něžností a sexualitou.

U život ohrožujících traumat lidé popisují výčitky a pocity viny za to, že oni událost přežili, či výčitky za činy, které museli vykonat, aby danou událost přežili. Typické je vyhýbání se aktivitám připomínajícím traumatickou událost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese i suicidální myšlenky. V některých případech jsou

¹ Záblesk minulosti, při kterém se jedinec chová tak, jakoby se v minulosti prožítá situace či nepříjemná událost znovu opakovala (Hartl, 2004).

úzkosti a deprese tak silné, že může být diagnostikována depresivní či úzkostná porucha. Postižení může být mírné, nebo natolik závažné, že narušuje téměř všechny oblasti života. (Vizinová, Preiss, 1999).

Obecně se rozlišují tři hlavní skupiny příznaků.

- **Znovuprožívání symptomů**

Běžné je znovuprožívání traumatických symptomů například v podobě vtíravých myšlenek, vzpomínek, nočních můr a flashbacků. Tyto symptomy se mohou objevovat náhle, bez podnětu či jakékoliv připomínky. Během flashbacku jedinec na okamžik věří, že se událost skutečně děje (již zmíněná disociace, doba tohoto stavu se může lišit).

- **Vyhýbání se podnětům připomínajícím trauma**

U klientů s PTSD se také běžně vyskytuje vyhýbání se myšlenkám, pocitům a situacím, které vyvolávají vzpomínky na traumatický zážitek. Dalším typem vyhýbání se může být emoční otupělost nebo oploštění afektu. Jedinec si také nemusí pamatovat celou traumatickou událost, nebo si její určité aspekty obtížně vybavuje. Objevuje se také „pocit zkrácené budoucnosti“, kdy klient věří, že je mu souzeno zemřít mladý, přičemž se této myšlenky drží i bez zjevných důvodů očekávat předčasnou smrt.

- **Zvýšená dráždivost**

Zvýšená dráždivost je charakterizovaná zvýšenou srdeční frekvencí, pocením a zrychleným dýcháním, jedinci s PTSD také mívají přehnané úlekové reakce na jakékoliv neočekávané podněty. Často mají problém se uklidnit a uvolnit. Potíže mají také v oblasti spánku, mají problém usnout, a když už se jim to podaří, obvykle se několikrát za noc vzbudí. Bývají neobvykle ostražití, neustále sledují, co se děje v okolí. Někdy se dokonce může objevit kompulzivní kontrolování (např. zda jsou zamknuté dveře, zavřená okna a podobně). Posledním znakem jsou pak časté výbuchy hněvu, které jsou odrazem frustrace, kterou klienti prožívají kvůli svým symptomům a zvýšené fyziologické činnosti (Fox et al., 2010).

2.2. Vznik posttraumatické stresové poruchy

Vznik posttraumatické stresové poruchy souvisí s genetickou i získanou psychologickou výbavou, přičemž predispoziční faktory (např. míra schopnosti odolávat zátěži, osobnostní rysy, síť sociální podpory, stupeň kognitivního rozvoje a podobně) mohou zvýšit riziko vzniku poruchy nebo zhoršit její průběh. Hlavním kauzálním faktorem je vnější vliv čili traumatická událost (Smolík, 2002).

Teorie vzniku a příčin PTSD jsou různé. Podle modelu kognitivně-behaviorální terapie se po traumatu vytváří silná spojení mezi přítomnými podněty a činnostmi, které před touto událostí neměly žádnou emoční odezvu, ale objevily se během traumatické události. Tyto motivy pak vyvolávají posttraumatické reakce, které vedou ke stresové

poruše. Člověk trpící PTSD se následně snaží těmto podnětům vyhýbat, pocity ohrožení rostou, může dojít k úplné izolaci v důsledku ztráty důvěry k lidem (Praško et al., 2002).

Psychodynamický model pak tvrdí, že aktuální trauma otevírá jiná, nevyřešená traumata z dětství. Poté se objevují obranné mechanismy (nejčastěji popření, potlačení nebo přenesení afektu), které krátkodobě poskytují úlevu, ale porucha dále přetrvává (Praško et al., 2002).

Na vzniku a rozvoji posttraumatické stresové poruchy se podílí i neurofyzilogické faktory. Nejvýraznějším je nadměrná aktivace hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové osy. Tato osa řídí proces tělesné reakce na stres. Začíná signálem z amygdaly a končí produkcí kortizolu z nadledvinek, po které v těle dojde ke zklidnění. Při posttraumatické stresové poruše ale není proces ukončen a nadledvinky dále produkují protistresový hormon. Už po několika dnech může jeho vysoká hladina poškodit hipokampus, jehož buňky jsou zásadní pro dlouhodobou paměť. Pokud jedinec prožívá intenzivní stresovou zátěž několik týdnů, jeho hipokampus přichází o neurony, což může zásadně ovlivnit paměťové schopnosti (Vágnerová, 2014).

Jak již bylo zmíněno, PTSD vzniká jako následek traumatické události, stresu, často extrémního, který přesahuje aktuální schopnosti zvládnutí a dochází při něm k dysregulaci komplexních neurobiologických systémů, autonomního nervového systému, hypotalamo-hypofyzární osy, noradrenergického systému s locus coeruleus, okruhů spojujících limbický systém s prefrontální kůrou (Hašto, Vojtová, 2014).

Existují různé psychologické reakce na nebezpečí (jako ustrnutí, útěk, útok či kolaps), které jsou za určitých událostí adaptivní, můžou však přetrvávat i po odeznění nebezpečí a formovat posttraumatickou symptomatiku. Při opakovaném výskytu traumatických zážitků, převážně v dětství, se mohou stát tyto reakce habituálními, a i nepatrné stresory pak mohou být spouštěčem silných, maladaptivních obranných reakcí (Baldwin, 2013).

U klientů s PTSD byla opakovaně pozorována zvýšená reaktivita amygdaly, která se projevuje prožíváním strachu a hněvu, při současně snížené aktivitě prefrontálních oblastí, které jsou sídlem exekutivních funkcí a za normálních okolností mají za úlohu regulovat emoce. Reciproční inhibice těchto oblastí způsobuje, že ani opakovanými návraty do vzpomínek se tyto vzpomínky nezpracují, ale zůstávají uchovány v paměti v původní fragmentované podobě s vůlí neovladatelnými průvodními psychickými a vegetativními projevy. Někteří autoři hovoří o PTSD jako o poruše paměti, respektive poruše zpracování informací v centrální nervové soustavě (CNS). Informace, které se do CNS dostaly v čase traumatického zážitku, nejsou adaptivně zpracovány a jsou zapamatované odlišně než klasické vzpomínky. Projevují se zmatené odlišnosti a chybí kontextové souvislosti (Hašto, Vojtová, 2014).

Studie také popisují snížený vjem hipokampu u osob s PTSD, přičemž existují hypotézy o příčinné souvislosti v obou směrech: snížený objem hipokampu je následkem nezpracované traumatizace versus je příčinou neschopnosti CNS traumatické zážitky zpracovat. Neschopnost o traumatu hovořit souvisí s deaktivací Brocovy oblasti při extrémním stresu.

Na psychopatologii PTSD se podílí množství neurochemických systémů, které reagují na stres: změny v neurotransmiterech norepinefrinu (noradrenalinu), serotoninu, GABA, neuropeptidu Y, endokrinní změny jsou nejvýrazněji pozorovatelné na hladinách kortizolu (Sherin, Nemeroff, 2011).

2.3. Prevalence posttraumatické stresové poruchy

Určit výskyt PTSD v populaci je problematické, velmi záleží na populačních vzorcích a epidemiologických studiích. V běžné populaci mívá PTSD prevalenci 1-14 %. U rizikových skupin pak bývá vyšší, mezi 3-58 % (Smolík, 2002). Například Možný a Praško (1999) uvádí, že u znásilněných žen může být prevalence 75 až 100 %. Hoschl et al. (2004) pak uvádí, že celoživotní prevalence PTSD je 10,4 - 12,3 % u žen a 5–6 % u mužů v západní populaci.

„National Comorbidity Survey Replication“ zveřejnila výzkum provádění v letech 2001-2003. Výzkum se skládal z rozhovorů. Reprezentativní vzorek tvořilo 9 282 Američanů starších osmnácti let. PTSD se vyskytovalo u 5 692 respondentů (diagnostikováno dle DSM-IV). Prevalence tedy byla stanovena na 6,8 % mezi dospělými Američany (Kessler et al. 2005).

Nejtypičtějším traumaty u mužů bývají udávány válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění (Seifertová et al., 2004). Podle Vizinové a Preisse (1999) kromě obětí přírodních katastrof a válek jsou skupinou s nejvyšším výskytem PTSD vojáci. Traumatizující poruchu u nich začali lékaři systematicky sledovat po první světové válce. Tehdy byla nazývána bojovou únavou.

2.4. Diagnostika

2.4.1. Diagnostika dle MKN-10

Pro diagnostikování PTSD se využívá Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), kde je zapotřebí splňovat následující kritéria:

- A. Pacient musel být vystaven stresové události či katastrofické, nebezpečné události, která by pravděpodobně vyvolala hluboké rozrušení u kohokoliv,
- B. musí se vyskytovat vtíravé vzpomínky a znovuprožívání traumatické události, nebo prožívání úzkostných pocitů při expozici okolnostem připomínajících traumatickou událost,

- C. pacient se musí vyhýbat okolnostem, které připomínají traumatickou událost,
- D. musí být přítomno kterékoliv z následujících kritérií:
 - i. neschopnost, částečná či úplná, vybavit si momenty z období, kdy došlo k traumatizaci
 - ii. jsou přítomny dva z následujících příznaků, které nebyly přítomny před traumatickou událostí: obtíže se spánkem, podrážděnost, obtíže s pozorností, hypervigilita, zvýšená úlekovost.

Kritéria B, C, D musí být naplněna v průběhu 6 měsíců od proběhlé události nebo od konce období stresu. Pro pozdější diagnostikování PTSD musí existovat zřetelné důvody (Smolík, 2002).

2.4.2. Diagnostika dle DSM-5²

DSM-5 je, co se týče diagnostiky PTSD, v podstatě shodná s MKN-10. Za zmínku stojí odlišnost v bodě A, který se týká stresoru. Ostatní kritéria jsou s menšími, již ne tak podstatnými rozdíly, víceméně shodná. DSM-5 zahrnuje v kritériu A i možnost, že byl člověk přímo svědkem události, dozvěděl se o ní nepřímo (týkala se jeho blízkých) nebo byl opakovaně vystaven detailům událostí (což zahrnuje i sekundární traumatizaci, například u záchranářů, policistů a podobně). Také zahrnuje disociativní podtyp PTSD, který se namísto silných emočních reakcí projevuje disociativními symptomy, jako je odpojení se od vlastního prožívání anebo okolí (depersonalizace, derealizace). Do kritérií DSM-5 se dostala i přetrvávající negativní přesvědčení o sobě, druhých a o světě, přetrvávající negativní nálady a emoce (například strach, vina, hněv) a neschopnost prožívat pozitivní emoce, přibýlo i sebepoškozování (není však podmínkou pro diagnózu). Změnou je, že se v předcházející americké klasifikaci nemocí PTSD vyskytovala v kategorii úzkostných poruch, v nové klasifikaci se nachází v části Poruchy způsobené traumatem a stresory, a je zohledněn i etiologický aspekt, který je pro tuto poruchu specifický (Hašto, Vojtová, 2014).

2.4.3. Diferenciální diagnostika

Praško a kolektiv dalších autorů (2001) uvádí některé poruchy, které se mohou svými příznaky podobat PTSD. Někteří pacienti s posttraumatickou stresovou poruchou jsou tak často nesprávně vedeni pod hlavičkou jiné psychické poruchy. To pak může vést k nesprávné léčbě.

² Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5)

O možnosti PTSD by se mělo uvažovat vždy, když se vyšetřuje pacient s jinou úzkostnou poruchou, závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou. Pozornost při diagnóze PTSD by se měla věnovat i případnému úrazu, zejména hlavy, případně dalším organickým příčinám, jako je epilepsie, závislost na alkoholu či jiných návykových látkách. Podobné příznaky jako posttraumatická stresová porucha má i akutní intoxikace či abstinenční syndrom.

PTSD se velmi podobá akutní reakci na stres, u té je však počátek potíží zpravidla bezprostředně po události a porucha brzy odeznívá. Nevyskytuje se zpravidla dostatek příznaků, aby opravňovaly diagnózu PTSD.

Po traumatické události může dojít k rozvoji fobie specifické k dané události. Například po autohavárii může dojít k rozvoji strachu řídit automobil a podobně. Chybí však vtíravé rozpomínání na událost a zvýšená podrážděnost. Autohavárie může vyvolat jak PTSD, tak fobii z řízení. Fobie bývá jasně ohraničená, chybí ale jiné, pro PTSD typické příznaky (například emoční strnulost) (Vizinová, Preiss, 1999).

Dále, dle citovaných autorů Vizinové a Preisse (1999), i generalizovaná úzkostná porucha má některé příznaky, které připomínají PTSD a někdy jejím spouštěčem může být také traumatická událost. Mezi tyto příznaky patří špatné soustředění, podrážděnost či poruchy spánku. Typické obavy a starosti u generalizované úzkostné poruchy mají jiné zdroje, nebývají vázány právě na traumatickou událost a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, financí a podobně. Obě poruchy se mohou vyskytnout současně.

U lidí trpících obsedantně kompulzivní poruchou se objevují vtíravé opakující se myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nepatří traumatické události. S PTSD se může vyskytovat současně, je to ale spíše výjimečné (např. kompulzivní umývání se po znásilnění).

Panická porucha je charakterizována panickými záchvaty a často zvýšenou agresivitou v době záchvatů i během úzkosti. Rozdíl je opět v kognicích, které se panického záchvatu týkají. U PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaté s traumatickou událostí, u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení. Vizinová a Preiss (1999) dále uvádí, že se u panické poruchy se ataka liší od flashbacků, vyskytujících se u PTSD, svým obsahem. Panika je o následné hrozbě, zatímco flashback o hrozbě minulé. Komorbidita mezi těmito dvěma poruchami je opět velmi častá.

Rovněž některé příznaky depresivní poruchy mohou připomínat PTSD a naopak. Jde zejména o ztrátu zájmů, sníženou koncentraci, emoční oploštělost, anhedonii, hypobulii, poruchy spánku či ztrátu perspektiv. Vizinová a Preiss (1999) uvádí odlišné rysy od depresivní poruchy v oblasti poruch spánku, REM spánek ubývá při PTSD, a naopak přibývá při depresi. REM latence je delší u PTSD, u deprese je zkrácena. Noční můry

u PTSD obvykle velmi přesně kopírují traumatický zážitek a objevují se v nonREM i REM fázi spánku (Vizinová, Preiss, 1999).

Disociativní poruchy mohou též připomínat PTSD. Těsně po traumatické události se disociativní stav rozvine snadno, příznaky ale netrvají déle než 4 týdny a chybí jiné příznaky PTSD.

Někdy je těžké odlišit osobu trpícího PTSD od té s hraniční poruchou osobnosti. Obě poruchy se navíc často vyskytují společně. Reminiscence vzpomínek a vyhýbavé chování je však typické spíše pro PTSD.

Histrionská porucha osobnosti, může svými projevy také připomínat PTSD. Pokud nejde o komorbiditu obou poruch, u histrionské poruchy osobnosti chybí vyhýbavé chování a kognitivní vyhýbání se všemu připomínajícímu traumatickou událost (naopak, pacient si ve vyprávění traumat zpravidla libuje). Chybí zvýšená podrážděnost s vegetativní hyperaktivitou (Praško, 2001 b).

Při poruchách přizpůsobení je zátěžová situace většinou méně vážná. Nejsou zde přítomny symptomy znovuprožívání události (Vizinová, Preiss, 1999).

Praško (2001 b) dále uvádí, že je vhodné při diagnostice uvažovat i o možné simulaci a pseudologii. Prožitek traumatické události může také zhoršit průběh jiné již pre-existující psychické poruchy.

2.5. Komorbidita

Jako mnoho jiných psychických poruch i PTSD se často projevuje ve spojení s jinými poruchami. Komorbidita PTSD je vysoká. Často se vyskytují úzkostné poruchy, depresivní porucha, závislost na návykových látkách, poměrně časté jsou suicidální myšlenky a pokusy. Kolem 28 % postižených trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % abúzem návykových látek, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a antisociální poruchou osobnosti (Praško et al., 2001 a).

Výzkumné studie v USA ukázaly, že 98,8 % osob s PTSD trpělo ve svém životě nejméně jednou psychiatrickou poruchou. U mužů se nejvíce vyskytovalo zneužívání alkoholu, deprese a generalizovaná úzkostná porucha, u žen pak deprese, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání alkoholu a panická porucha (Vizinová, Preiss, 1999).

Souhrnně lze říci, že je komorbidita PTSD vysoká. Častý je výskyt úzkostí, deprese, závislostí na návykových látkách, ale i suicidální myšlenky a pokusy.

Vizinová a Preiss (1999) dále uvádí, že typ komorbidity mohou ovlivňovat také kulturní faktory. U vietnamských veteránů s diagnózou PTSD se ve velké míře také objevovala závislost na alkoholu nebo asociální porucha osobnosti³. U izraelských válečných veteránů s PTSD se zneužívání návykových látek ani asociální porucha osobnosti naopak nevyskytovalo téměř vůbec, běžná ale byla panická porucha a chronická dystymie (Vizinová, Preiss, 1999).

2.6. Posttraumatický rozvoj

Z výše uvedeného vyplývá, že bývá traumatický zážitek stejně jako dlouhodobá stresová situace spojována s následným rozvojem posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatický rozvoj osobnosti lze v pojetí autorů Calhoun a Tadeschi (2006) chápat jako významnou pozitivní změnu v kognitivním i emočním životě člověka. Tato změna se může projevit i v chování. Je charakterizován základním paradoxem; člověk, který přežije extrémní trauma, zažívá ztrátu něčeho významného, může po určité době dojít k uvědomění si zisku něčeho nového, pozitivního a hodnotného (Mareš, 2007). Tato kladná psychologická změna nepřichází ihned, ale je výsledkem aktivního vyrovnávání se s velice náročnými životními okolnostmi. Člověk postupně přijímá nové možnosti vlastního života, popřípadě volí nový směr životní cesty, odlišný od té dosavadní. Posttraumatický rozvoj tedy neznamená návrat k původnímu stavu před traumatickým zážitkem, ale rozvoj osobnosti (Calhoun, Tadeschi, 2006) Někteří autoři dokonce uvádějí, že posttraumatický rozvoj je protikladem posttraumatické stresové poruchy (Cimrmannová, 2013).

³ Dle Mkn-10 se jedná o disociální poruchu osobnosti.

3. Vztah mezi traumatem a závislostí

3.1. Duální diagnózy

Obecně se za duální diagnózu považuje stav, kdy se u jednoho pacienta vyskytují dvě, či dokonce více psychiatrických poruch. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1995 definovala duální diagnózu jako souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince. Komorbiditu není snadné diagnostikovat, a psychiatrickým pracovištím i dalším zařízením poskytujícím léčbu uživatelům drog, se často nedaří ji u klientů identifikovat. Akutní psychiatrické syndromy komorbidního klienta, který vyhledal léčbu v souvislosti s užíváním návykových látek, mohou být zaměněny za symptomy navozené psychoaktivní látkou, a naopak jevy spojené s abstinencí nebo intoxikací mohou být vykládány jako psychiatrické onemocnění (EMCDDA, 2004).

3.2. Prevalence duálních diagnóz

Údaje o zastoupení duálních diagnóz přímo mezi drogovou klientelou se dosti různí, obecně se ale udává 30–50% výskyt u klientů v léčbě (Kalina, Minařík, 2015).

Mravčík a kolektiv autorů ve studii prováděné v roce 2003 zjistili, že výskyt duálních diagnóz, ve výzkumném souboru 200 klientů závislých na opiátech či metamfetaminu, má 35 % osob (Mravčík, Zábranský, Korčíšová et al., 2003). Kalina, Vácha (2013) ve svém výzkumu došli k výsledku 47% psychiatrické komorbidity u klientely terapeutických komunit.

Mezi autory existuje názor, že se psychopatologický profil klientů léčených pro závislost v terapeutických komunitách v posledním desetiletí zhoršil. Klienti s duálními diagnózami totiž stále představují novou klientelu, odlišnou od klientely 90. let, kdy většina terapeutických komunit pro závislé začínala (Kalina, Vácha, 2013). Jeřábek (2008) uvádí, že klienta, který trpí závislostí a jinak je duševně zdravý, pokládá za raritu.

Nicméně, nedá se s určitostí říci, že by duálních diagnóz přibývalo, avšak klientů s duální diagnózou je nyní více rozpoznáváno. Dříve docházelo v terapeutických komunitách k tomu, že jedinci s psychiatrickou komorbiditou nebyli často do léčby přijati a také léčbu nedokončovali (Yates, Wilson, 2001). Klienti mají obvykle těžší průběh onemocnění, závažnější zdravotní a sociální důsledky nemoci, horší prognózu, a tak i horší léčebné výsledky. Duální diagnóza snižuje schopnost se do léčby zapojit, vytrvat v ní a úspěšně ji dokončit. Dále také zatěžují jednotlivce, ale i celé skupiny klientů v léčebném programu. V neposlední řadě se zvyšují nároky na personál, který musí být schopen pracovat s touto klientelou, zvládat široké spektrum psychiatrických komorbidit a současně komplikace závislosti. Toto vše často vede ke stigmatizaci nemocných s duální diagnózou (Kalina et al., 2015).

3.3. Prevalence posttraumatické stresové poruchy a typy traumat u adiktologických klientů

Dosud neexistuje výzkum, který by si dal za cíl, zjistit prevalenci přímo PTSD u klientů v adiktologických službách. Výzkumy se spíše zaměřují na duální diagnózy obecně.

Kalina ve článku Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby (Kalina, Vácha, 2013), zveřejnil záznam psychiatrických intervencí, které prováděl v roce 2011 ve dvou českých terapeutických komunitách. V kartotéce měl 94 klientů. Poruchy osobnosti byly zjištěny u 35 klientů, tři klientky trpěly poruchami příjmu potravy. Psychotická porucha byla zjištěna u 15 klientů, z toho u 12 klientů se jednalo o paranoidní psychotickou poruchu u uživatelů metamfetaminu, depresivní a/nebo úzkostná porucha byla pozorována u 23 klientů s častým souběhem s poruchou osobnosti (12 klientů) či s předpokladem, že může jít o anxiousní depresivní syndrom v rámci posttraumatické stresové poruchy (11 klientů).

Zahraničních výzkumů zaměřujících se na prevalenci konkrétně PTSD je nepřehledné množství, a často potvrzují souvislost mezi PTSD a závislostí na různých látkách.

Například ve vzorku vietnamských válečných veteránů více než polovina vykazovala závislosti na alkoholu (Bremner et al., 1996, in Volpicelli et al., 1999). Stejně tak ženy, které byly v dětství znásilněny, často prokazují alkoholovou závislost (Epstein et al., 1998 in Volpicelli et al., 1999). Naopak z výzkumu uváděného v Dansky et al. (1997) popisuje 40% výskyt PTSD u ambulantních pacientů léčených pro závislost na návykových látkách (Dansky et al., 1997 in Volpicelli et al., 1999).

Vztah mezi PTSD a užíváním alkoholu je mezi ženami dle různých výzkumů patrný. Komorbidita PTSD a závislosti je dvakrát až třikrát větší u žen než u mužů. Ve výzkumu uváděném v Najavits et al., (1997), 30 až 57 % žen s diagnózou závislosti splňovalo kritéria pro PTSD. Vysvětluje to vyšší incidenci dětských traumat a sexuálního zneužívání právě u žen. Dále uvádí, že výskyt sexuálního zneužití v historii jedince ve skupině adolescentů zvyšuje až dvacetkrát možnost výskytu zneužívání alkoholu u obou pohlaví. U žen se signifikantně více vyskytuje sexuální zneužívání a taktéž u žen uživatelé alkoholu se více vyskytují symptomy PTSD, především tehdy, kdy došlo k traumatizaci v raném věku (Clark et al., 1997).

Back a kolektiv (2001) uvádí, že až 24 % jedinců léčících se ze závislosti na kokainu také splňuje kritéria pro PTSD, a obecně kokainoví a opiátoví uživatelé vykazují vyšší míru zažitých traumatických událostí ve srovnání s osobami užívajícími jiné návykové látky.

Zahraničních výzkumů zabývajících se prevalencí PTSD u osob léčících se ze závislosti na návykových látkách je velké množství. Prevalence se liší převážně dle typu výběrového souboru. Souhrnně lze říci, že skrze různé návykové látky, typy služeb a klientů, bývá prevalence vysoká, Gielen a kolektiv dalších autorů (2012) uvádí prevalenci od 36,6 % až 97,4 %.

Ehlers a kolektiv autorů (2012) se ve výzkumu zaměřil na typologii traumat mezi osobami závislými na návykových látkách. Udávají, že nejčastěji vyskytující se traumatický zážitek byl nečekaná smrt blízkého (74 % ve výběrovém souboru), následováno zraněním a napadením (66 %), zločinem bez újmy na zdraví (49 %), svědectvím traumatické události (45 %), přírodní katastrofou, při které docházelo k úmrtí (36 %), sexuálním zneužitím (22 %) a válkou (1 %). McGovern et al., (2009) ve výzkumném souboru uživatelů návykových látek uvádí až 81,8% výskyt sexuálních traumat z dětství, 41,5% výskyt nehod a 36,4% výskyt fyzických traumat z dětství a 36,4% v období dospělosti (dále pod 10 % tragická smrt, nehody způsobené hazardním chováním a dále).

Goodhew a další autoři (2016) provedli výzkum mezi aktivními uživateli drog. Zkoumali také, jaké traumatické zážitky respondenti zažili. Více než polovina z nich bylo svědky vážného zranění či smrti druhého, vážně fyzicky napadeno, zneužito, uneseno, či jim bylo vyhrožováno zbraní. Méně, než polovina zažila znásilnění, přírodní katastrofu, byla ve válce a zažila teroristický útok či mučení.

Opět se přesná prevalence určitých typů traumat nedá s jistotou určit, vyskytují se zde genderové a jiné rozdíly. Například válečná traumata se vyskytují více u mužů a sexuální zneužití u žen (Ehlers et al., 2012).

3.4. Etiologické úvahy

Souvislost mezi zneužíváním návykových látek a duševní poruchou si nelze představovat zjednodušeně. Příznaky obou poruch se totiž ovlivňují a prolínají, přesná kauzalita se s přesností určit nedá (Nešpor, 2003). I přesto ale existují úvahy o tom, jaký je vztah mezi návykovou nemocí a duševní poruchou.

3.4.1. Duševní porucha – návykový problém

Z tohoto pohledu se závislost, či jiný návykový problém, objevil u klienta, který již předtím trpěl jinou duševní poruchou (Nešpor, 2003).

V případě PTSD by se jednalo o jedince, který mohl pomocí návykových látek tlumit symptomy PTSD. Volpicelli a kolektiv (1999) například popisují situaci, kdy po expozici traumatické události potřebuje organismus více endorfinů, aby se vyrovnal s psychickou bolestí, kterou trauma přináší. Teorie kompenzace endorfinu alkoholem předpokládá, že jedinci užívají alkohol jako následek traumatického zážitku, aby ulevili nedostatku endorfinu. Na základě této hypotézy užívání alkoholu způsobuje bludný kruh,

kdy se zvyšuje množství užívaného alkoholu, aby bylo zamezeno projevům posttraumatických symptomů. Toto chování, dle autorů, může vést až k závislosti na alkoholu.

Kudrle (2003) uvádí, že drogy, alkohol, ale i například gambling umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, uvolňují ty, které by jinak zůstaly potlačené (agrese), zastavují flashbacky a noční můry a mění depresi v netečnost. Bezmoc začíná ustupovat, ale pocit kontroly, který je ale falešný, začíná převládat. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a dlouhodobě vysoká úroveň stresu znecitlivuje emoce. Závislý způsob života tak přispívá k potlačování PTSD. Návykové látky ale neúčinkují dlouze a je proto třeba v užívání pokračovat. Postupem času ale začínají projevovat opačný účinek jako například záchvaty vztahovačnosti (například při užívání amfetaminů a kokainu).

Návykové látky, gambling, ale také stres pomáhají potlačit symptomy PTSD a pomáhají zapomenout na trauma a na vztah mezi symptomy a traumatem. Chronické trauma pak snižuje citlivost k endorfinům. Exogenní opioidy mají v podstatě identický účinek jako ty endogenní. Užíváním opioidů (například heroinu), si jedinci pokouší zvýšit hladinu opioidů v těle. Dalším důležitým nálezem je i sebepoškozování, které taktéž uvolňuje endorfiny, které jsou zodpovědné za úlevný, zklidňující účinek (Kudrle, 2003).

Back (2010) provedla výzkum, kde došla k závěrům, že pokud u klientů v léčbě dojde ke zlepšení v symptomatice PTSD, dojde i ke zlepšení v oblasti užívání návykových látek, nicméně opačný vliv nebyl tak výrazně pozorován. Tyto výsledky dokazují, že pokud u klientů s PTSD a závislostí na návykových látkách dojde ke zlepšení v oblasti PTSD symptomatiky, má osoba větší šanci, že dojde i ke zlepšení v oblasti užívání návykových látek. Jakmile ale dojde ke zlepšení v oblasti užívání, PTSD symptomy zůstanou spíše neměnné. Tento výzkum potvrzuje hypotézu sebemedikace, kdy jedinec užívá návykové látky pro redukci PTSD symptomů.

3.4.2. Návykový problém – duševní porucha

V tomto případě se duševní nemoc manifestuje u jedince, který již předtím návykové látky zneužíval, či byl závislý (Nešpor, 2003).

U posttraumatické stresové poruchy by to byla situace, kdy tato porucha vznikla až po rozvoji návykového problému. Kudrle (2003) v knize *Drogy a drogové závislosti* popisuje kategorizaci traumatizace na: (1) traumatizaci v dětství (tělesné a sexuální zneužití, smrt blízkého, hospitalizace, separace), (2) traumatizaci v pozdějším věku (tělesné a sexuální násilí, znásilnění, vražedný pokus, těžká nehoda, přepadení, někdy protahované zneužívání v dětství a dospělosti) a konečně (3) traumatizaci během závislosti. Ta vzniká již samotným aktem užívání, ale také s tím spojených událostí. Objevuje se zde smrt blízkého rovněž uživatele, předávkování, samotné injekční užívání, trestná činnost, či prostituce.

PTSD může hrát důležitou roli v následném užívání návykových látek a s tím spojeným opětovných retraumatizováním. Závislý život je často naplněn událostmi, které mohou připomínat dřívější traumata. Jsou to právě již zmiňované okolnosti užívání jako násilí, nerespektování, blízkost smrtelného ohrožení, smrt jiného uživatele, kriminální činnost a podobně. Možnost retraumatizace tedy vede ke zvýšené potřebě obrany, a tak se vytváří bludný kruh závislosti a traumatu (např. Kudrle, 2003; Souza, Spates, 2008; Triffleman, Kellogg, 1999).

Například McGovern a Stecker (2011) ve svém výzkumu došli k závěru, že 7 % osob léčících se ze závislosti a PTSD, zažili traumatický zážitek potom, co začali zneužívat návykové látky. Vysoká míra pre-existujícího zneužívání alkoholu byla také zjištěna mezi ženami, které byly obětí napadení (Kaysen et al., 2011). Nejčastěji dochází k traumatickým událostem právě pod vlivem návykové látky (McGovern, Stecker, 2011).

Někteří autoři popisují i třetí možný vztah, kdy psychická nemoc a závislost na návykových látkách jsou vyjádřením jedné základní příčiny, například poruchy osobnosti, či stresové poruchy, která mohla vzniknout traumatizací v dětství (např. Fox et al. 2010; Kalina et al., 2015).

3.5. Typy užívaných látek u jedinců s posttraumatickou stresovou poruchou

Zdá se, že užívání různých typů návykových látek u klientů s PTSD je spojeno se specifickými symptomy, které tato porucha vykazuje, proto jsou určité látky více zneužívány než jiné. To se opět pojí s teorií sebemedikace (Souza, Spates, 2008).

Calhoun a kolektiv autorů (2000) uvádí prevalenci výskytu užívání různých typů návykových látek mezi klienty s PTSD. Studie ukázala, že 23 % jedinců užívalo opiáty, 20 % z nich užívalo marihuanu, 11 % benzodiazepiny a 8 % užívalo kokain. Ostatní látky užívalo 5 % z nich.

Dle McGoverna a Steckera (2011) může alkohol například napomoci proti opakovaným nočním děsům. Benzodiazepiny pak mohou pomoci při neschopnosti usnout, což bývá způsobeno tím, že se člověk snaží být neustále na pozoru proti potenciálně hrozícímu nebezpečí. Kokain může rozpustit letargii a anhedonii. Narkotika pomohou jedincům k větší otupělosti v prožívání čehokoliv, což se jim jeví jako lepší, než být v neustálé úzkosti či vině spojené s traumatickým zážitkem. Tyto substance bývají dostupné a přinášejí rychlý účinek (McGovern, Stecker, 2011). Anxiolytika pak pomáhají snižovat arousal (Stewart et al., 1999).

4. Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti

4.1. Léčba posttraumatické stresové poruchy

4.1.1. Psychoterapie

Farmakoterapie samotná sice uleví příznakům PTSD, pro její léčbu je ale sama o sobě nedostačující. Pro léčbu PTSD je vždy důležitá intenzivní psychoterapie (Praško a kol., 2001 b).

Velkou úlohu hraje podpůrná psychoterapie, která svého léčebného účinku dosahuje především prostřednictvím terapeuta chování ke klientovi. Záleží na jeho schopnosti empatie, autenticitě i schopnosti vyjádřit pacientovi porozumění. Úlohou je verbalizování detailů traumatu a s tím spojených pocitů. U vyprávění dochází k znovuprožívání hrůzy jako při samotné události, proto je důležité poskytnout silnou emoční podporu. Samotné vyprávění může fungovat jako silná korektivní emoční zkušenost.

Psychodynamicky orientovaná psychoterapie může také pomoci klientům trpícím PTSD. Hlavními prostředky na začátku léčby jsou rekonstrukce traumatické zkušenosti se současnou abreakcí (uvolnění napětí) a emoční katarzí. V dalším průběhu dochází ke snaze klientovi zprostředkovat, jak zkušenosti z dětství zvýšily jeho zranitelnost k rozvoji PTSD. V průběhu terapie je klient konfrontován se svými maladaptivními postoji jak k sobě, tak k okolí, nahlíží na to, jak si tyto postoje vytvořil během svého vývoje.

Velké využití má skupinová terapie, která umožňuje sdílet traumatickou událost za podpory skupiny klientů s PTSD, které mohou sdílet společné prožitky a mohou je chránit před pocity výjimečnosti, izolace či vydědění. Podpora skupiny pomáhá ke změně individuálního významu traumatické události.

Své místo má i rodinná a manželská terapie, často potřebná jako doplněk individuální terapie.

Využití má i kognitivně-behaviorální terapie. Terapeutické kroky jsou obdobné jako při léčbě úzkostných poruch, větší důraz je ale kladen na traumatickou událost, kdy je snaha o abreakci (expozici) již v počátku léčby. Klient se učí zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, učí se exponovat jak vzpomínkám, tak situacím, kterým se vyhýbá, zvládat tělesné příznaky a dále. Spolupráce bývá zahájena prvním úkolem, na kterém se pracuje společně, poté klient pracuje i mimo sezení na domácích úkolech (Praško a kol., 2001 b).

- **Edukace**

Jednou z metod využívaných v léčbě PTDS je edukace o této poruše. Klient by měl pochopit vznik a průběh této poruchy. Taktéž je vhodné klienta informovat o průběhu

léčby a podstatě terapie. Vzpomínky, které nejsou zpracovány, se propojují s podněty z okolí připomínající trauma, ty pak přináší bolavé vzpomínky. Těm se klient snaží vyhýbat, nebo od nich utíkat, postupem terapie by pak mělo docházet ke snižování reaktivity na tyto vzpomínky a k získání kontroly nad symptomy (Vizinová, Preiss, 1999).

- **Expozice**

Podobně jako při léčbě jiných úzkostných poruch je klient dlouhodobě a opakovaně vystavován podnětům, které spouštějí stresovou reakci. Klient by se tedy měl touto cestou naučit, jak zvládat svůj pocit strachu a čelit obávané situaci tím, že se jí opakovaně vystavuje. K tomu je potřeba dobrého terapeutického vztahu a bezpečného prostředí. Úkolem terapeuta je proces facilitovat, dodávat odvalu a povzbuzovat, zároveň hlídat únosnou mez. K nácviku další, obtížnější situace, se vždy přistupuje až po zvládnutí té méně obávané bez větších obtíží (Vizinová, Preiss, 1999).

Typů expozičních je hned několik. Nejobvyklejším typem je přímá expozice v rozhovoru, při ní klienta žádáme, aby opakovaně dopodrobna popisoval traumatickou událost. Zpočátku se jedná o pouhý popis události, postupně se žádá více podrobností, prožitků a pocitů.

Využít se dá i expozice ve fantazii (imaginace), kdy má klient za úkol vybavit si celou situaci a popisovat ji v přítomném čase. Jednou z forem expozice v imaginaci je metoda řízených představ. Klient si vybavuje traumatickou událost, ale učí se traumatické vzpomínky cíleně měnit (Praško a kol., 2001 b).

Zvláštním typem expozice je takzvané zaplavení. Jedná se o protahovanou expozici in vivo (ve skutečnosti) nebo ve fantazii, vůči nejvíce obávané situaci a nejvíce úzkost vyvolávajícím podnětům. Taková expozice trvá tak dlouho, dokud nedojde ke snížení úzkosti. Tato metoda je dle Vizinové a Preisse velice účinná, ale pro klienta subjektivně velmi nepříjemná.

Dalším typem expozice může být expozice písemnou formou, expozice filmem s podobným tématem, jako je traumatická událost, kdy postupně při opakování emoční reakce slábne, či expozice zvukům, pohybům a dotykům (Vizinová, Preiss, 1999).

Expozice je považována za evidence based přístup v léčbě PTSD. Jeho účinnost byla potvrzena například v metaanalýze publikované v roce 2010 (Powers et al.), která prokázala účinnost expozice (zlepšení symptomů PTSD oproti kontrolní skupině).

- **Kognitivní rekonstrukce**

Kognitivní rekonstrukce je velmi vhodnou metodou. Terapeut společně s klientem zjišťuje specifický význam události a pomáhá mu jej přepracovat na více reálný pohled. Automatické negativní myšlenky a představy udržují PTSD a pokud je klient dokáže přerámcovat, pomáhá mu to ve zmírnění symptomatologie (Praško a kol., 2001 b).

Jako praktická pomůcka se využívá denního záznamu automatických negativních myšlenek, který slouží k uvědomění vztahu mezi negativními emocemi a myšlenkami. V terapii se pak s těmito myšlenkami pracuje a pacient se snaží přerámovat jednotlivou negativní myšlenku do reálnější podoby (Vizinová, Preiss, 1999).

Dalšími metodami může být nácvik dovedností, relaxace či kontrolované dýchání.

- **Desenzitizace a zpracování očních pohybů**

Desenzitizace a zpracování očních pohybů (EMDR) se začala rozvíjet v roce 1987. Tuto metodu a vytvořila americká psychologka Francine Shapiro, která si všimla, že spontánní pohyby očí pomohly odreagovat negativní afekty spojené s jejím vlastním negativním emočním prožíváním. Postupně vytvořila psychoterapeutickou metodu, která je zaměřena na terapii PTSD symptomů. Metoda spočívá v bilaterální stimulaci v rámci strukturovaného procesu, ve kterém se kombinují i prvky různých psychoterapeutických postupů. Bilaterální stimulace původně spočívala v horizontálních rychlých pohybech očí, v současné době se využívají nejen elementární zrakové, ale i sluchové či taktilní podněty, které střídavě stimulují obě hemisféry mozku. Metoda se používá spíše jako přídatný či facilitující prvek ve fázích terapie, kdy dochází ke zpracování informací spojených s traumatickými zážitky. Předpokládá se, že tato metoda evokuje funkční neurobiologické změny, které ulehčují vznik adaptivních asociací a překonání posttraumatické disociace (Vojtová, Bob, 2012).

4.1.2. Farmakoterapie

Farmakoterapie má v léčbě spíše podpůrnou roli. V případech závažné nebo chronické PTSD může přinést dostatečný ústup příznaků a tím umožňuje pacientovu spolupráci při léčbě. Nejúčinnější lékovou skupinou jsou antidepresiva, zejména SSRI. Při selhání léčby lze uvažovat o terapii neuroleptiky, stabilizátory nálady nebo jinými typy antidepresiv.

Vzhledem k vysokému riziku vzniku závislosti u PTSD pacientů je podávání benzodiazepinů spíše nedoporučováno. Užití antipsychotik není v této indikaci dostatečně ověřeno studiemi, nicméně můžou svými účinky napomoci pro krátkodobou kontrolu agrese, neklidu nebo přechodných psychotických stavů (Praško a kol., 2001 b).

V současné době se diskutuje využití 3,4- methylen-dioxy-methamfetaminu (MDMA). Využívá se pod dohledem lékaře při psychoterapii a ukazuje se, že MDMA snižuje negativní prožívání při rozpomínání si na trauma (Sessa, 2016).

4.2. Léčba duálních diagnóz

Léčbu je třeba přizpůsobovat individuálním potřebám klienta ještě více, než je tomu u klientů s čistě návykovým problémem. Léčba je také více náročná na interdisciplinární spolupráci, bývá obecně dlouhodobá a je třeba počítat s kolísáním stavu, častěji se objevují

recidivy návykového chování. K tomu je léčbu potřeba přizpůsobovat (Nešpor, 2003). Léčba klientů s komorbiditou vyžaduje spolupráci a koordinaci mezi různými zařízeními (pokud se nejedná přímo o integrovanou léčbu), které jsou zapojeny do jejich léčby, zvláště mezi psychiatrickými a drogovými službami, ale také zdravotnickými a sociálními službami (EMCDDA, 2004).

Při léčbě duálních diagnóz je třeba zaměřit se na obě poruchy. Existují tři modely léčby, rozlišné dle toho, v jakém pořadí se dané poruchy léčí.

- **Léčba sukcesivní**

Léčba, při které je nejdříve zaměřena pozornost na jednu poruchu a až poté na poruchu druhou.

Jsou případy, kdy je závislost naléhavějším problémem, protože podmiňuje další spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii. Někteří autoři se domnívají, že mnoho psychopatologických příznaků přímo spojených s užíváním alkoholu či jiných návykových látek ustoupí v abstinenci, a přichází v úvahu se jim věnovat pouze, když tyto příznaky přetrvávají (např. Nešpor, 2003). Miller (2011) uvádí, že mnoho odborníků naopak zastává názor dřívějšího zaměření se na duševní poruchu, protože v mnoha případech může poté problém s užíváním návykových látek ustoupit.

- **Léčba paralelní**

Při využití paralelní léčby dochází k léčbě obou poruch současně, ale nikoliv integrovaně v jednom zařízení. Nevýhodou bývá nedostatečná komunikace mezi zařízeními (Kalina, Vácha, 2013). Řešením by tedy mohlo být vytvoření komunikační sítě, či využití case managementu (Edwards, 2011). Case management je metoda, jejímž cílem je podpora a koordinace postupu klienta léčebným systémem a přístup individuální péče. Je považována za mimořádně účinnou metodu právě u komorbidních pacientů. Case management vyžaduje investice do lidských a organizačních zdrojů, nicméně je ale v konečném důsledku efektivní (EMCDDA, 2004).

- **Léčba integrovaná**

Integrovaná léčba je všeobecně nejlépe uznávanou. Dokáže být řešením nevýhod dvou předešlých modelů. Integrovaná léčba je prováděna na jednom pracovišti jedním pracovním týmem. Obě poruchy se považují za primární a léčí se souběžně. U výše zmiňovaných modelů také existuje riziko, že každá služba a její zaměstnanci mohou zastávat různé názory ohledně etiologie obou poruch, a tak i chronologie léčby poruch. Toto riziko se opět snižuje díky volbě léčit poruchy integrovaně. Vzhledem k tomu, že se jedná o jeden tým, tím spíše bude zastávána jedna filozofie. Odchytky existovat mohou, ale tým by měl pracovat společně, být schopný kompromisů a vysílat jednotné zprávy ke klientovi. Integrovaný model snižuje rizika vnímání člověka a jeho poruch na dvě části,

podle jeho dvou diagnóz. Uvažuje o klientovi jako o celku, kde se poruchy vzájemně prolínají, což je pro samotného klienta přirozenější, protože i sám klient nevnímá poruchu závislosti a psychiatrickou jako dva oddělené problémy (Mueser, et al., 2003). Často se u nich projevují symptomy duševní nemoci a závislosti ve stejnou dobu, či krátce po sobě, vnímají tedy tyto dvě poruchy jako vzájemně se ovlivňující a neoddělitelné (Fox et al., 2010).

Kalina a kolektiv autorů (2015) považují za optimální typ integrované léčby terapeutickou komunitu. Struktura, řád a skupinové, komunitní procesy mají široký potenciál pro léčbu nejrozličnějších poruch. Nicméně poznatky tohoto modelu mohou být implementovány i do jiných léčebných programů a systémů.

Integrovaná léčba se tedy jeví jako efektivnější, vstřícnější a zodpovědnější postup než dva předchozí postupy. Je u ní pravděpodobnější, že bude tým či pracovník ke klientovi přistupovat více holisticky a na obě poruchy bude nahlížet jako na jeden problém čili stejně, jak vnímá svou poruchu klient. U integrované léčby je pravděpodobnější, že bude léčba soustavná, zákroky budou smysluplné a vztahy nutné pro účinné klinické služby budou fungovat (Fox et al., 2010).

4.3. Léčba posttraumatické stresové poruchy a závislosti

Existují různé teorie, jak přistupovat k léčbě klientů s PTSD a závislostí. Dřívější přístupy spíše zastávaly model sukcesivní léčby, a to převážně v podobě, kde je pozornost v léčbě nejdříve zaměřena na léčbu závislosti, poté až na komorbiditu PTSD.

“Pandořina skříňka” je název teorie, která podporuje tento typ léčby. Předpokládá, že jakékoliv snahy o léčbu traumatu v nižších stádiích léčby závislosti, by mohly zasahovat do efektivity léčby. Obnovení vzpomínek na trauma by mohlo připravit negativní emoce a myšlenky, na které jedinec v počátcích léčby nemusí být dostatečně vybaven. Pandořina skříňka by byla otevřena a klient by nemusel být schopný situaci zvládnout. Zastánci teorie se také domnívají, že by jedinci nebyli schopni zvládat abstinovat a že by se naopak mohlo znovuzahájit či zintenzivnit užívání (Triffleman et al. 1999). Dále zastávají názor, že klienti s duální diagnózou PTSD a závislosti na NL nejvíce vyhledávají léčbu pro problém s užíváním, dle autorů by tedy bylo nevhodné, léčit je pro něco, pro co službu nevyhledali. Dále je prý užívání návykových látek asociováno se sníženou tolerancí k negativním emocím. Mnoho zastánců využívání expoziční léčby u PTSD se domnívá, že si tento typ léčby žádá schopnost vyrovnávat se s mnoha negativními emocemi a myslí si, že uživatelé návykových látek tohoto schopni nejsou (Brady et al. 2001). Další domněnka spočívá v tom, že člověk musí nejdříve plně abstinovat, než je schopen efektivní léčby PTSD a že symptomy PTSD se mohou snížit, či zcela vymizet, pokud se vyléčí závislost.

Autoři Souza a Spates (2008) se domnívají, že mnoho autorů, zastávající hypotézu Pandořiny skříňky, nemají své názory podložené výzkumy, jedná se pouze o zkušenosti z jejich praxe, a také nemají dostatečné povědomí a zkušenosti v léčbě PTSD, ale jsou spíše kliniky pracující čistě se závislostmi, nezaměřující se na duální diagnózy.

Ústřední otázkou v léčbě traumatizovaných závislých klientů je, co má v léčbě převažovat, zda léčba závislosti, či léčba PTSD. Vysazení drogy a ukončení závislého způsobu života zastavuje retraumatizaci, která se vyskytuje vedle užívání. To je velmi důležitou komponentou při léčbě traumatu. Bez užívání návykových látek se začnou více projevovat posttraumatické symptomy obzvláště flashbacky. Někteří terapeuti zastávají názor, že by k detoxifikaci mělo docházet postupně, nejlépe ambulantní formou. Jiní, i autor Kudrle (2003), se přiklání k názoru rychlé ústavní detoxifikace v bezpečném prostředí. Detoxifikační jednotka má být zároveň místem zhodnocení případu, pouhá detoxifikace nebývá příliš přínosná. Těžké symptomy PTSD, které se začnou objevovat po vysazení návykové látky, je nutné zpracovávat a neuchylovat se k pouhému podávání farmak, především benzodiazepinů, jakkoliv se mohou zdát být účinná. Při postupném rozpomínání si na trauma během léčby, může docházet ke zhoršení klientova stavu, objevují se především úzkosti, paniky, zlosti. Jde tedy o retraumatizaci v průběhu léčby, která by se neměla přehlížet a brát na lehkou váhu.

Velkým tématem v léčbě je opětovné získání kontroly a odpovědnosti. Klient by si měl určit hranice a vymezit se jak vůči užívání návykových látek, tak vůči všemu, co ho může poškodit. Pro traumatizované klienty mohou být poškozující i malé činy či slova. Problém také bývá v tom, že oni sami často to, co je může poškodit, nedokáží rozpoznat. Je třeba, aby se naučili rozpoznávat to, co je normální a naučili se říkat “ne” či “dost”. Terapeut by toto měl vnímat a nepřekračovat hranice klienta, například se na trauma nevyptávat v úvodní fázi, kdy ještě není dostatečně vytvořen vztah terapeut-klient. Pro klienty je podle autora vhodná léčba v terapeutickém prostředí s dobrou strukturou, nejlépe v terapeutické komunitě. Na ní by pak měla navazovat léčba ambulantní (Kudrle, 2003).

Dle Volpicelli a kolektivu dalších autorů (1999), by měla léčba PTSD a závislosti (autor zde konkrétně zmiňuje závislost na alkoholu) probíhat současně, protože spolu dané poruchy souvisí. V terapii se klienti učí vyrovnávat se s předešlými traumaty a učí se zvládání situací, které mohou připomínat dané traumatické události. Učí se také jak se těmito situacím vyhýbat.

Výzkumy ukazují, že alkohol i trauma zvyšují aktivitu vyplavování endorfinu, opioidní receptory by mohly hrát důležitou roli při léčbě PTSD. Autoři se domnívají, že vzpomínky na trauma v průběhu terapie mohou zvyšovat hladinu endorfinů v organismu, což by mohlo mít souvislost s klientovo schopností terapii zvládnout, zároveň se domnívají, že hladina endorfinů je nižší po dokončení terapie, a to právě může vést

ke cravingu po alkoholu. Právě alkohol pak může mírnit symptomy PTSD a tím se uzavírá bludný kruh alkohol-trauma. Autoři se tedy domnívají, že by mohl při terapii napomoci antagonista opioidních receptorů např. naltrexon, který by blokoval endorfinovou odpověď a zmírňoval tak bažení po alkoholu, což bylo potvrzeno ve studii na zvířatech (Volpicelli et al. 1999), která potvrdila, že naltrexon snižoval zvyšující se konzumaci alkoholu následovanou po traumatickém zážitku (pokus na krysách pomocí elektrických šoků). Autoři se tedy domnívají, že by využití naltrexonu mohlo napomoci v nabourání bludného kruhu tvořeného traumatem a následným rozvojem závislosti na alkoholu.

Jak již bylo výše zmiňováno, při léčbě PTSD není vhodné využití benzodiazepinů. U klientů s komorbiditou závislosti, to platí obzvláště. Ačkoliv jsou tato farmaka efektivní v eliminaci symptomů pro klienty s PTSD, mělo by se s preskripcí šetřit a pokud se už využívají, tak s velkou opatrností. Další nevýhodou těchto farmak je nebezpečí vedlejších příznaků v kombinaci s alkoholem. Navíc se mezi látkami vyskytuje tzv. zkřížená tolerance⁴, což může vést k nutnosti vyšších dávek benzodiazepinů pro dosažení vhodných výsledků, což se ovšem nejeví jako vhodné (Stewart, 1996).

Timko et al. (2008) zase zmiňuje vysoký výskyt epizodického pití alkoholu u jedinců s PTSD. Zde je doporučen model prevence relapsu od Marlatta a Gordonové (2005), kde se je třeba soustředit se na rizikové situace, které spouští užívání alkoholu a na odlišné copingové strategie, jak se vypořádat s těmito situacemi, když nastanou.

4.3.1. Vyšetření traumatu a posttraumatické stresové poruchy

Vzhledem k tomu, že je trauma běžné a je spojováno s mnoha negativními dopady, měli by být všichni klienti standardně testováni na prožití traumatu. Fox a kolektiv autorů (2010) diskutují pět hlavních zásad, které by se měly dodržovat u vyšetření traumatu:

(1) Protože může být rozhovor o traumatických zážitcích zneklidňující, klinik by měl klienta na tuto skutečnost připravit. Měl by mu stručně vysvětlit povahu otázek a zdůvodnit, proč je bude klást.

(2) Při dotazování se na traumatický zážitek by měl klinik volit slova co nejpřesněji popisující konkrétní chování. Měl by se vyhýbat pojmům, které jsou nejednoznačné, či emocionálně zabarvené, protože mohou být vykládány různými způsoby (např. u pojmů „zneužívání“ či „znásilnění“ by se měl klinik konkrétně ptát, zda ho osoba někdy nutila

⁴ Vyskytuje se u dvou látek, které mají podobné farmakologické účinky. Pokud si organismus vytvoří toleranci na určitou psychoaktivní látku, pak aplikace látky s obdobným farmakologickým působením nemá očekávaný efekt (Kalina et al., 2001).

k sexuálnímu styku proti jeho vůli a podobně). Čím jsou otázky konkrétnější, tím spíše na ně klient odpoví a připustí, že takovou událost zažil.

(3) Terapeuti by měli být schopni mluvit o traumatech a jeho dopadech. Sami by měli mít zpracovaná svá traumata, aby o nich mohli mluvit s klidným, věcným a přirozeným tónem.

(4) Vyšetření traumatu by mělo zahrnovat nejméně dva časové rámce. Klinik by se měl ptát na klientovy traumatické zážitky v průběhu celého života a na nedávná traumata (např. za poslední rok).

(5) Využívání nástrojů ke zjišťování traumatických zážitků či PTSD.⁵

Riziko, že se u člověka rozvine PTSD, se zvyšuje se závažností traumatu. Důležité je i zmapovat druh traumatu (některé druhy mají větší potenciál rozvinout se v PTSD - např. sexuální zneužívání). Obecně je pravděpodobnost rozvoje PTSD mírně vyšší u žen než u mužů. Prvním krokem je tedy provést standardní testování, pokud klient dosáhne vysokého skóre, měl by klinik vyšetřit míru traumatu a symptomů. K potvrzení diagnózy pak může s klientem hovořit o konkrétních událostech a příznacích PTSD, či provést polostrukturovaný klinický rozhovor. Mezi takové rozhovory patří například Škála PTSD (Clinician Administreted PTSD Scale – CASP) a Diagnostická škála (PTSD Diagnostic Scale – PDS). Strukturované rozhovory však vyžadují výcvik a jejich provádění je časově náročnější. Předností je ale standardizace procesu vyšetření, a tak i spolehlivější diagnóza (Fox et al., 2010).

4.3.2. Farmakoterapie zaměřená na posttraumatickou stresovou poruchu a závislost

V současné době neexistuje příliš mnoho studií zabývajících se využíváním a efektivitou medikace u integrované léčby PTSD a závislosti. Jedním z vysvětlení je, že tito jedinci jsou často ze studií vylučováni, jednak pro zachování homogenity výzkumného souboru, tak také pro zachování bezpečnosti. Jestliže medikace projeví dobré výsledky u obou poruch zvlášť, až poté se přechází k výzkumům, prokazující účinnost medikace u jedinců s touto duální diagnózou (Flanagan et al., 2016).

- **Antidepresiva**

Studie autora Hiena a dalších spoluautorů srovnávala výsledky modelu Seeking Safety u žen se závislostí na alkoholu a PTSD s využitím sertralinu se skupinou

⁵ Například test na PTSD – „PTSD Checklist“ – zabere 10-15 minut a lze snadno vyhodnotit sečtením hodnot přiřazených jednotlivým symptomům. Vysoké skóre pak znamená pravděpodobnou diagnózu PTSD (Fox et al., 2010).

s placebem. Skupina se sertralinem měla signifikantně snížené symptomy PTSD na konci léčby, ve srovnání se skupinou s placebem. Žádné signifikantní výsledky ohledně snížení užívání alkoholu nebyly shledány. Studie prokázala, že léčba PTSD bez expozice za současného využití antidepresiva, může být pro klienta prospěšná (Hien et al., 2015).

- **Naltrexon**

Foa a kolektiv autorů (2013) zkoumali využití naltrexonu u osob s duální diagnózou PTSD a závislost na alkoholu. Do výzkumu byly zařazeny 4 skupiny osob. První skupina byla léčena za pomoci expozice s naltrexonem, druhá za pomoci expozice s placebem, třetí a čtvrtá skupina docházela na podpůrné poradenství, jedna dostávala naltrexon druhá placebo. Všechny skupiny vykazovaly snížení počtu dní, kdy jedinci pijí alkohol. Skupina s naltrexonem a expozicí vykazovala nižší užívání alkoholu než skupina s expozicí a placebem a také vykazovala snížení symptomů PTSD ve follow-up studii po 6 měsících. Nicméně nebyly prokázány signifikantní rozdíly ve snížení PTSD symptomů. Výzkum tedy demonstruje potenciální možnost využití expozice společně s naltrexonem u osob s tímto druhem duální diagnózy (Foa et al., 2013).

- **N-acetylcystein**

N-acetylcystein ve studii prokázal účinnosti ve snižování užívání kokainu a bažení po této látce. V současné době probíhají randomizované kontrolované výzkumy zkoumající využití této látky v léčbě duální diagnózy PTSD a závislost⁶ (Flanagan et al., 2016).

- **Oxytocin**

Neuropeptid oxytocin se zdá být vhodným kandidátem při léčbě PTSD a závislosti. Vyšší hladina endogenního oxytocinu je spojována s tlumením pocitů strachu a obav s pocity, které se ve velké míře vyskytují při expozicích v průběhu terapie PTSD. Citované studie ukazují, že oxytocin snižuje abstinenci příznaky, craving a úzkost (např. Carson et al., 2010; McGregor, Bowen, 2011). Výzkumy ukazují, že by oxytocin společně s další terapií mohl napomoci v úspěšnosti léčby (Olf, 2010; McGregor, Bowen, 2011).

6 Například právě probíhající projekt autorky Sudie E. Back, Kevina M. Gray a kolektivu dalších autorů „Randomized Controlled Trial of N-Acetylcysteine for Alcohol Use Disorder and Comorbid PTSD“ využívající funkční magnetickou rezonanci a MR spektroskopii před a po léčbě jedinců s PTSD a závislostí na alkoholu, pro zjištění patofyziologie a identifikování prediktorů léčebných výsledků.

- **Topiramat**

Topiramat je agonista Gaba receptorů a antagonistou glutamátových receptorů. Batki (2014) zkoumal účinky topiramatu ve výběrovém souboru válečných veteránů s duální diagnózou závislost na alkoholu a PTSD, ve srovnání s kontrolní skupinou, které bylo podáváno placebo. Veteráni užívající topiramat pili méně často, množství vypitých drinků ale bylo srovnatelné s kontrolní skupinou. Tyto výsledky nebyly statisticky signifikantní. Topiramátová skupina vykazovala větší zlepšení v PTSD, ovšem jen na nízké signifikantní úrovni.

- **Prazosin**

Prazosin je lék užívaný k léčbě vysokého krevního tlaku (antihypertenzivum), jedná se o blokátor alfa receptoru alfa 1 (Vokurka, Hugo, 2015). Nejdříve byla zkoumána jeho efektivita u obou poruch zvláště a jeho účinek je převážně spatřován v redukci nočních děsů a denní nadměrné aktivace, napomáhá při spánku u osob s PTSD (například Raskind, 2015). Pilotní studie publikovaná v roce 2015, prováděná autorem Simpsonem a kolektivem dalších, zkoumala účinnost prazosinu mezi jedinci s PTSD a závislostí na alkoholu. Výsledky prokázaly zlepšení v užívání alkoholu, zlepšení u PTSD ale prokázáno nebylo. To potvrdila i randomizovaná klinická studie s kontrolní skupinou (Petrakis et al., 2016). Autoři se domnívají, že konzumace alkoholu může interferovat s účinky prazosinu.

- **Doxazosin**

Patří do skupiny léků nazývaných alfablokátory. Oproti prazosinu má tu výhodu, že má delší poločas rozpadu, lze ho tedy užívat pouze jednou denně, účinky má ale podobné (Flanagan et al., 2016). Jeho účinnost a možnost využití v léčbě PTSD a závislosti je v současné době zkoumána.⁷

4.4. Bariéry ve využití integrovaných přístupů

Gielen a kolektiv autorů (2013) se ve svém výzkumu zaměřili na možné bariéry, které mohou bránit ve využívání integrovaných přístupů a konkrétních léčebných modelů zaměřených na léčbu PTSD a závislosti. I když klinici vědí, jaké následky může mít expozice traumatické události, nemají dostatečné povědomí o vysoké prevalenci PTSD mezi klienty v léčbě závislosti. PTSD tak nebývá prioritou v léčbě. Dále nejsou dostatečně známy metodiky pro integrovanou léčbu. Therese a kolektiv dalších autorů (2015) uvádí,

⁷ Například probíhající projekt autorů Back, Brady a dalších s názvem „Doxazosin in the Treatment of Co-occurring PTSD and Alcohol Use Disorders“ testující efekty doxazosinu v léčbě PTSD a závislosti na alkoholu, využívající funkční magnetické rezonance.

že když jsou metodiky známy, bývají pro kliniky svazující a dostatečně nedovolují individuálnímu přístupu ke klientům. Dále klinici věří, že mluvení o traumatech z minulosti zvyšuje craving, a tak i zvyšuje možnost relapsu. To vede k příliš opatrnému přístupu k traumatům anebo dokonce k žádné terapii traumat nedochází (Gielen et al., 2013). Dalším problémem je například nedostatečná vzdělanost mezi kliniky v problematice PTSD, v její diagnostice a léčbě (Therese et al., 2015; Gielen et al., 2013).

Becker a kolektiv autorů (2004) prováděli výzkum mezi psychology, kde zjišťovaly využívání expozice u klientů s duální diagnózou PTSD a závislost. Pouze 27 % z nich mělo trénink na tuto metodu a pouze 17 % tuto metodu ve skutečnosti používalo. Nejčastější důvody nevyužívání této metody byly: strach ze zhoršení symptomů (převážně v oblasti sebevražd), nedostatečný trénink v oblasti expozice a odmítání využívání manualizovaných metod.

Jak již bylo zmíněno, v léčbě PTSD u jedinců závislých na alkoholu je třeba, zaměřit se na obě poruchy. Bohužel mnoho kliniků vidí závislost jako druhotný problém a domnívají se, že problém odezní po zpracování traumatu. V praxi to takhle ovšem nefunguje, po vytvoření závislosti na alkoholu začne tato porucha “žít vlastním životem”, proto se nedá s jistotou tvrdit, že její příznaky mohou po vymizení příznaků PTSD samovolně zmizet. Autoři uvádí i druhý případ, kdy se klinici soustředí na závislostní problém a podceňují symptomy PTSD. Ty, když nejsou léčeny, mohou se dále objevovat po léčbě, či již v průběhu detoxifikace a mohou opět vést k užívání alkoholu (Brinson, Treanor, 1989).

Cohen (1984) uvádí, že se klinici často bojí zaměřit se na téma traumatu příliš brzy. Někteří se dokonce domnívají, že ke zpracování traumatu je potřeba, aby klient alespoň dva roky abstinovat. Problém je ale v tom, že nevyřešené trauma je velmi rizikovým faktorem pro relaps, proto mnoho klientů ani není schopno bez vyřešení traumatické minulosti zvládnout abstinenci. Účinnost léčby PTSD je dle Barlowa (1988) snížena, pokud jedinec užívá tlumivé látky, tedy i alkohol v průběhu léčby.

III. Praktická část

5. Použité metody

Tato práce je přehledovou studií (review), zabývající se léčbou duální diagnózy PTSD a syndromu závislosti, která si klade za úkol poskytnout přehled dosavadních i aktuálních informací na toto téma.

5.1. Cíle a výzkumné otázky

Cílem práce je poskytnout systematický přehled konkrétních modelů integrované léčby PTSD a závislosti na návykových látkách a představit výsledky publikovaných výzkumných článků, zabývajících se srovnáním léčebných výsledků integrovaného modelu s alternativní léčbou zaměřující se pouze na terapii závislosti.

Stanoveny jsou následující výzkumné otázky:

1. Jaké existují modely integrované léčby posttraumatické stresové poruchy a závislosti na návykových látkách?
2. Jakou mají tyto modely podobu?
3. Jaké léčebné výsledky tyto modely vykazují ve srovnání s alternativní léčbou?

5.2. Metody sběru a analýzy dat

Studiem a analýzou dostupné literatury, využití ke zpracování teoretické části práce, byla zjištěna vysoká prevalence PTSD mezi osobami, které se léčí ze závislosti na návykových látkách (a naopak vysoká míra užívání návykových látek mezi jedinci s PTSD - viz. teoretická část práce). Toto zjištění bylo podnětem pro další zkoumání, a to především v oblasti léčby PTSD a závislosti na návykových látkách.

Dle výzkumného cíle a definovaných výzkumných otázek byly vyhledány formy léčeb, se zaměřením na léčbu integrovanou (která se jeví jako nejefektivnější, viz. teoretická část práce). Nejdříve došlo k rešerši literatury, díky které byla nalezena celá řada léčebných metod zaměřujících se na obě poruchy. Byla tedy použita metoda analýzy písemných dokumentů, metoda, která má za úkol zpracovat materiál, který již existuje. Ze strany výzkumníka je při analýze dokumentů nejmenší možnost ovlivnit podobu těchto informací, výzkumník se nepodílí na vzniku, podílí se pouze na dalším zpracování informací (objevování, selektování, sestavování apod.). Zásadní podmínkou je pak otevřenost k tvorbě zajímavých, nových a nekonvenčních závěrů (Miovský, 2006).

Dále byly vyhledány konkrétní výzkumy (podle zadaných kritérií, která jsou popsána níže), které se zaměřují na porovnání daného modelu integrované léčby PTSD a závislosti na návykových látkách s běžně užívanou léčbou závislosti (běžně užívaná léčba, která se zaměřuje pouze na terapii závislosti = léčba závislosti využívaná v zařízení,

kde se výzkum prováděl). Tyto výzkumy a jejich výsledky jsou představeny v praktické části této práce a dále diskutovány v závěrečné diskuzi.

K modelům, ke kterým byl nalezen výzkum, byly vyhledány metodiky (či jiné dostupné prameny popisující konkrétní podobu daného modelu, jak se využívá v praxi) a podoba těchto modelů byla představena. Protože bylo nalezeno více metod léčby, ale blíže popsány byly pouze tři modely, které splňovaly kritéria, ostatní modely či přístupy (z různých důvodů nesplňující kritéria) byly představeny ve zvláštní kapitole v závěru práce.

Zvolený postup byl zvolen jako nejvhodnější vzhledem k typu práce, a měl by pomoci k zodpovězení výzkumných otázek.

Pro výběr výzkumů bylo využito databází Science Direct, Google Scholar, EBSCO a SCOPUS. Data byla shromažďována v období listopad 2016 – leden 2017.

Nejdříve bylo zhodnoceno, zda se jedná o integrovaný model léčby PTSD a závislosti na návykových látkách. Po přečtení alespoň stručného popisu jednotlivých modelů (pokud nebyla nalezena přímo metodika) bylo zhodnoceno, zda se jedná o integrovaný model léčby (čili obě poruchy jsou léčeny v jednom zařízení, jedním týmem, či terapeutem a jsou léčeny souběžně). Pokud byla splněna tato podmínka, bylo zahájeno vyhledávání pomocí jmenovaných databází. Více informací o postupu při vyhledávání je uvedeno v Tabulce 1. Dle rozšířeného vyhledávání byla určena detailnější kritéria pro výběr: pouze články v anglickém jazyce, v plném textu, ne starší deseti let (2007-2017). V případě, že bylo nalezeno více výzkumů splňujících níže uvedená kritéria, vybrány byly pouze ty se srozumitelnou metodologií a obsahem. Podrobné srovnání většího počtu výzkumů je úkol, který přesahuje rámec této práce.

Tabulka 1: Postup při vyhledávání článků

Název modelu	Postup při sběru dat
SS	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: “Seeking Safety” v názvu, abstraktu, či klíčových slovech. Celkem nalezeno 279 článků. Duplicitních 154. 14 článků bylo podrobeno analýze abstraktu. 5 článků bylo přečteno a vybrán byl jeden, který nejlépe splňoval zadaná kritéria. Důvody pro vyloučení byly například: výzkum nezaměřující se na efekt léčby, na oblast užívání návykových látek, nejasná metodologie, nevyžadovaná diagnostika obou poruch a dále).
ICBT	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: “Integrated Cognitive-Behavioral Therapy”. Celkem nalezeno: 163 článků. Odstraněno 18 duplicitních. Po analýze (nejdříve názvu článků, poté abstraktu) byly vybrány 4 články, které byly podrobeny další analýze. Dva výzkumy vyhovovaly zadaným kritériím. Důvody k vyloučení výzkumů: nezaměření na změny v oblasti PTSD a závislosti, nezaměření na obě komorbidity, bez kontrolní skupiny). Vybrán byl jeden z výzkumů, který byl metodologicky více srozumitelný.

Název modelu	Postup při sběru dat
COPE	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: Concurrent Treatment, PTSD, Substance Use Disorder, Prolonged Exposure. Nalezeno celkem 420 článků, 46 duplicitních. Články byly podrobeny analýze podle názvu, vyhovující dále podle abstraktu. Vybrán byl jeden výzkum, který splňoval všechna kritéria (důvody k vyloučení: nejednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii, nebylo podmínkou stanovení diagnózy poruch, využíváno expozic, ale ne přímo modelu COPE, zaměření jen na změny v oblasti PTSD).
TARGET	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: "Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy" OR TARGET. Celkem 161 článků. 9 článků duplicitních. Zbylé články zhodnoceny dle názvu a dále podle abstraktu. 152 výzkumů nevyhovovalo zadaným kritériím, ve většině se nejednalo o randomizovanou kontrolovanou studii. Jeden randomizovaný kontrolovaný výzkum nespĺňoval kritérium v oblasti kontrolní skupiny (nebylo využito jen terapie závislosti, nýbrž výzkum srovnával model s trauma senzitivní terapií).
Transcend	Spíše sukcesivní/paralelní léčba – články nevyhledávány.
CTPCD	Spíše paralelní léčba – články nevyhledávány.
DART	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: "Dual Assessment and Recovery Track" OR DART. Celkem nalezeno 13 článků, 3 byly duplicitní, 10 nevyhovovalo podle názvu či abstraktu (žádná randomizovaná kontrolovaná studie).
SDPT	Spíše paralelní model. 2 fáze léčby – články nevyhledávány.
TREM	Nejedná se o integrovaný model – články nevyhledávány.
ITCT	Integrovaný model. Vyhledáváno podle klíčových slov: "Integrated Tobacco Cessation Treatment". Celkem nalezeno 14 výzkumů, dle názvu či abstraktu nevyhovující (žádná randomizovaná kontrolovaná studie).
Kognitivní restrukturační	Nejedná se o integrovaný model – články nevyhledávány.

Pozn.: SS = Seeking Safety, ICBT = Integrated Cognitive-Behavioral Therapy, COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure, TARGET = Trauma Adaptive Recovery Group Education and Therapy, CTPCD = Concurrent Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Cocaine Dependence, DART = Dual Assessment and Recovery Track, SDPT = Substance Dependence Posttraumatic Stress Disorder Therapy, TREM = The Trauma Recovery and Empowerment Model, ITCT = Integrated Tobacco Cessation Treatment

5.2.1. Kritéria výběru

Kritéria pro zařazení do review: (1) výzkum publikovaný v odborném časopise a přístupný online, (2) publikován v angličtině, (3) zabývající se efektivitou konkrétního léčebného modelu integrované léčby, speciálně vytvořeného pro léčbu PTSD a závislosti, (4) zkoumající dopad léčby u obou poruch (PTSD a závislost) - využívá testování před a po léčbě, (5) pro diagnostiku PTSD a závislosti bylo využito standardizovaných dotazníků, či diagnostických manuálů, (6) výzkum s využitím kontrolní skupiny s alternativním typem léčby (=léčba zaměřující se pouze na závislost), (7) výzkum s jasně

popsanou a definovanou metodologií – tj. články, které mají vytyčené srozumitelné a konkrétní cíle, srozumitelně popsané metody sběru a analýzy dat a popsané výsledky.

Kritéria pro vyloučení zařazení do review: (1) nepublikovaný výzkum, (2) v jiném jazyce než angličtina, (3) participanti výzkumu bez stanovené diagnózy syndromu závislosti a PTSD, (4) kvalitativní výzkum, (5) zaměření pouze na farmakologickou léčbu, (6) výzkumy starší 10 let, (7) výzkum, který se nezaměřuje na dopad léčby na užívání návykových látek a/nebo PTSD, (8) nejasně popsán postup diagnostiky PTSD a závislosti, či využito nestandardizovaných metod, (9) výzkum bez kontrolní skupiny, (10) výzkum, který srovnává léčebný model s jiným typem léčby zaměřující se na trauma či PTSD, nikoliv na léčbu závislosti, (11) nesrozumitelná metodologie, (12) nedostupný plný text výzkumu.

Byly vybrány pouze randomizované (náhodné) kontrolované studie (pravý experiment), kdy jsou účastníci náhodně rozřazeni do nové intervence a nějaké alternativy (pro tuto práci byla alternativou léčba závislosti, vykonávaná v daném zařízení). Randomizace je nejlepší vědeckou metodou kontroly odlišností mezi účastníky ve dvou skupinách (Fox et al., 2010). Tyto výzkumy jsou tedy považovány za ideální výzkumná ověření, proto byl tento typ studie zvolen jako jedno z kritérií pro zařazení do této práce.

V praktické části jsou detailně představeny tři práce, publikované mezi lety 2008–2012, v oblasti USA (2 studie), a Austrálie (1 studie), přičemž každá ze studií znázorňuje využití jednoho modelu v praxi (viz. Tabulka 2).

5.3. Výběrový soubor

Tabulka 2: Charakteristika vybraných výzkumů: shrnutí

	COPE	SS	ICBT
Autoři studie (stát)	Mills et al., 2012, (Austrálie)	Zlotnick et al., 2009, (USA)	McGovern et al., 2011a, (USA)
Místo provádění studie, cesty získávání participantů	Služby zaměřující se na léčbu závislosti na území Sydney, na doporučení lékařů, pomocí reklamy	Klientky z ženské věznice*	7 programů komunitní adiktologické péče (adiktologických ambulantních služeb či metadonových programů)
Charakteristika participantů	Starší 18 let, anglicky mluvící, s diagnózou závislosti a dg. PTSD, bez sebevražděných sklonů, bez psychotických symptomů	Klientky z dobrovolného programu léčby závislosti, bez psychotických symptomů, s komunikační úrovní angličtiny, bez organické poruchy	Klienti starší 18 let, s diagnózou závislosti, dle screeningových testů splňující kritéria pro PTSD, bez psychotických symptomů, bez sebevražděných sklonů

	COPE	SS	ICBT
Počet respondentů v experimentální skupině/v kontrol. skupině	55/48	27/22	32/21
Gender	37,9 % mužů, 62,1 % žen	100 % žen	43,4 % mužů, 56,6 % žen
Průměrný věk respondentů (v letech)	33,7	34,6	37,7
Typ užívané návykové látky	Polymorfní závislost	Polymorfní závislost, 88 % splňovalo kritéria závislosti na alkoholu	Polymorfní závislost
Diagnostika PTSD (použité nástroje)	DSM-4, CASP	CASP-I, TSC-40, THQ	CAPS, PCL
Diagnostika závislosti (použité nástroje)	DSM-4, CIDI	ASI, TLFB	SA-ASI, TLFB, toxikologie
Typ intervence u experimentální skupiny	COPE+ TAU	SS+TAU	ICBT+TAU
Typ intervence u kontrolní skupiny	TAU	TAU	Individuální adiktologické poradenství + TAU
Počet sezení, délka terapie, typ	13 individuálních sezení/flexibilní doba léčby. Obě skupiny měly možnost zúčastnit se léčby závislosti v podobě ambulantního poradenství, ambulantní či pobytovou detoxifikaci, rezidenční rehabilitace a farmakoterapie (metadon, buprenorfin, buprenorfin plus naloxon, naltrexon).	18-24 skupinových sezení (za dobu výkonu trestu odnětí svobody), 12 individuálních (po ukončení trestu odnětí svobody). U kontrolní skupiny: 180-240 hodin individuální nebo skupinové psychoterapie po dobu 6-8 týdnů.	ICBT: 12-14 sezení (45-50 minut), týdně, individuální formát. IAC: 10-12 sezení, týdně. Standardní péče: 2 fáze, 1. fáze 5 týdnů, skupinově, 9-12 hodin týdně, druhá fáze 2-3 měsíce, skupinově, hodina týdně.
Follow-up	6 týdnů, 3 měsíce, primární výsledky po 9 měsících	3 měsíce po léčbě, 6 měsíců po léčbě	3 a 6 měsíců po léčbě

	COPE	SS	ICBT
Limity popisované autory studie	Pouze sebesposuzovací dotazníky, nedostatečně homogenní výzkumný soubor	TAU bylo povinné, SS dobrovolné, vysoký počet respondentů, kteří nedokončili terapii SS, součástí SS nebyl case management, klientky z jedné věznice: možné ovlivnění výsledků ve sdílení informací mezi respondentkami	Malý výzkumný soubor, nedostatečně dlouhý follow-up, vysoký počet respondentů, kteří nedokončili výzkum (nedostatečně sesbírané kontakty, nestabilita v oblasti bydlení participantů)

Pozn.: TAU („treatment as usual“) = běžná terapie závislosti na návykových látkách (využívaná v daném zařízení), SUD („substance use disorder“) = závislost na návykových látkách, TSU = senzitivní péče zaměřená na trauma („Trauma-Sensitive Usual Care“), CIDI = Composite International Diagnostic Interview, CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale, TSC-40 = The self-report Trauma Symptom Checklist 40, THQ = Trauma History Questionnaire (měřící frekvenci traumat), ASI = Addiction Severity Index, TLFB = Time Line Follow Back (zjišťující frekvenci užívání v posledních 30 dnech), PCL = PTSD Checklist, SA-ASI = Self- Administered (sebesposuzovací) Addiction Severity Index, IAC = Individual Addiction Counseling (individuální adiktologické poradenství), R-SIDES = Revised Structured Interview for Disorders of Extreme Stress

* Z orig. „minimum security prison“, v našich podmínkách věznice s dohledem

5.4. Etické aspekty

Všechny postupy byly vypracovány v souladu s etickými normami. Data nebyla zneužita, ilegálně získávána ani jiným způsobem falšována. Do praktické části práce byly vybrány pouze relevantní výzkumy. Veškerá data byla zpracována pouze za účelem výzkumu, to znamená, že byla použita pouze data nezbytně nutná pro studii. Informace, které nejsou původními myšlenkami, jsou řádně citovány. Zdroje jsou uvedené v seznamu použité literatury.

5.5. Limity práce

Protože je hlavním zdrojem práce zahraniční literatura psaná v anglickém jazyce, mohou se vyskytovat odchylky, vzniklé při překladu dané literatury. Autoři používají odlišnou, často specifickou anglickou terminologii a diagnostické postupy (především v oblasti závislostní problematiky). Nelze tedy zaručit, že se daný pojem přímo rovná pojmu, který je používán v našich podmínkách (také používání terminologie u různých autorů – stejné označení, ale různý obsah nebo naopak jiné označení, ale stejný obsah).

Výsledky zahrnutých studií se nemohou generalizovat (studie mají různé metodologie, různé výzkumné soubory, odlišné formy diagnostiky a podobně, odchylky mohou tvořit i různé sociokulturní faktory), nelze tedy říci, který z daných modelů léčby je

nejlepší či neúčinnější, jsou pouze představeny výsledky, ke kterým došli autoři té dané studie.

Nelze také zaručit validitu a reliabilitu daných výzkumů, zároveň také může dojít ke zkreslené interpretaci při jejich zpracování a při tvorbě závěrů této práce. Obecně práce, které obsahují pozitivní výsledky klinických zkoušek, mají větší šanci na zveřejnění v prestižních mezinárodních časopisech (tzv. publikační bias) a studie s negativními výsledky jsou zřídka nabízeny k publikaci (Hájek, 2002). Z toho vyplývá, že přehled zařazených studií do této práce může vnést do řešení klinické otázky přehnaný optimismus.

Modely a výzkumy zařazené do tohoto review byly nalezeny pomocí rešerše literatury. Bylo nalezeno několik léčebných přístupů a dle určených kritérií pak byly vybrány tři modely a výzkumy splňující tato kritéria. Vzhledem k tomu, že neexistuje seznam všech existujících léčebných metod, neměly všechny modely stejnou šanci být zařazené do tohoto review. Je možné, že nějaké modely nebyly nalezeny a nemohly tak být součástí této práce. Výzkumy byly hledány pomocí čtyř databází. Je tedy možné, že pokud by bylo využito více zdrojů pro vyhledávání, bylo by nalezeno více relevantních výsledků. Dalším limitem může být skutečnost, že jsou zpracovávána pouze data existující v době vzniku práce.

6. Výsledky

1. Jaké existují modely integrované léčby posttraumatické stresové poruchy a závislosti na návykových látkách?
2. Jakou mají tyto modely podobu?

6.1. Popisy jednotlivých modelů

V následující kapitole budou představeny jednotlivé vybrané modely integrované léčby PTSD a závislosti (souhrnný přehled viz. Tabulka 3). Tyto modely jsou rozděleny do dvou kategorií (kategorizace běžně užívaná v zahraničí) na modely využívající expozice pro léčbu traumatu (v angličtině nazývané „exposure-based treatment/therapy“ či „trauma-focused treatment/therapy“) a modely nevyužívající expozice pro léčbu PTSD (v angličtině nazývané „non-exposure-based treatment/therapy“ či „non-trauma-focused treatment/therapy“).

Tabulka 3: Souhrnný přehled modelů integrované léčby.

	COPE	SS	ICBT
Popis modelu	Hlavními cíli tohoto modelu je provést psychoedukaci (vztah PTSD a závislost) vybavit klienta schopnostmi, které snižují riziko bažení a pomáhají ho zvládat, pokud nastane, užívání expozic in vivo a expozice za využití imaginace.	25 setkání formou individuální či skupinové psychoterapie, využívá se 25 témat. Psychoedukace, práce s copingem, interpersonální dovednosti.	Tento přístup je založen ze tří hlavních bodů: (1) edukace klienta o PTSD, závislosti a vzájemné interakci mezi poruchami, (2) snižování úzkosti za pomoci relaxace a dýchacích cvičení a (3) model ABCDE, použití flexibilního myšlení a kognitivní restrukturační.
Cílová skupina	Jedinci s DD PTSD a syndrom závislosti.	Jedinci s DD PTSD a syndrom závislosti, není podmínkou, mohou užívat rizikově, či adiktologická komorbidita nemusí být aktuální, či jedinec v minulosti traumatizovaný, bez aktuální dg. PTSD.	Pro jedince s DD PTSD a závislost (původně vytvořen pro americké veterány).

	COPE	SS	ICBT
Nároky na osobu provádějící terapii za využití daného modelu	Osoby se vzděláním v oblasti psychologie, psychiatrie, poradentství, s výcvikem KBT a technice expozice, Výcvik v modelu COPE - čtyřdenní workshop. Terapeut by měl mít adekvátní interpersonální dovednosti, nesmí mu dělat problém slyšet často velmi obtížná témata doprovázená silnou emoční katarzí, vhodná je zkušenost s léčbou obou poruch. Více informací v metodice Back et al., 2014.	Striktně se nevyžaduje speciální vzdělání (je výhodou - např. vzdělání v oblasti psychologie, duševního zdraví, psychiatrie apod.). Výcvik ani certifikace nevyžadována, ale žádoucí. Klade důraz na osobnostní předpoklady a zájem o problematiku. Více informací o výcvicích na www.seekingsafety.org (sekce Training).	Vhodné pro adiktology (z angl. „addiction professionals“), sociální pracovníky, poradce duševního zdraví, psychology a ostatní v pomáhajících profesích se zájmem o tuto problematiku. K dispozici je workshop pro výcvik v ICBT. Více informací a materiálů na http://sites.dartmouth.edu/ahsir/treatmentservices/training-and-dissemination/ .
Expozice	Expozice in-vivo, imaginace	Není součástí modelu, ale lze ji využít jako doplněk	Bez využití expozice
Typ terapie	Individuální	Individuální / skupinový formát, otevřená, uzavřená skupina, genderově adaptabilní, kombinovatelná s jinou léčbou, či využitelná jako samostatná terapie	Kombinace individuální a skupinové terapie
Počet sezení	12	25	8-12
Délka terapie	12 setkání, jednou týdně, po devadesáti minutách	25 skupin za 3 měs., 2x nebo 1x za týden, 50–90 minutová setkání, délka léčby je variabilní	8-12 setkání jednou týdně (v případě potřeby intenzivnější péče, lze i dvakrát týdně)
Autoři studie (stát)	Mills et al., 2012, (Austrálie)	Zlotnick et al., 2009, (USA)	McGovern et al., 2011a, (USA)

Pozn.: COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure, SS = Seeking Safety, ICBT = Integrated Cognitive-Behavioral therapy, DD = duální diagnóza, KBT = kognitivně-behaviorální terapie

6.1.1. Concurrent Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure⁸

Model COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure) je model s využitím expozice. Jedná se o 12 sezení individuální psychoterapie, který využívá jak in-vivo expozici, tak expozici za využití imaginace. Expozice (jako léčba PTSD) je kombinovaná s kognitivně-behaviorální terapií pro léčbu závislosti (Carroll, 1998). Model je vytvořen tak, aby napomohl klientovi pochopit souvislosti mezi PTSD a užíváním návykových látek, změnit reakce na znovuprožívání traumatu a snížit jiné symptomy PTSD skrze techniku expozice. Expozice (in vivo i imaginace) napomáhá jedincům zpracovat trauma za pomoci desenzitizace (ztráta citlivosti), čímž klient získává větší kontrolu nad stresujícími situacemi připomínající traumatickou událost, tak i situacemi jinými. Expozice za pomoci imaginace trvá přibližně 30-45 minut (Foa et al., 2007; in Killeen et al., 2011). V terapii ohledně užívání návykových látek se terapeut s klientem soustředí na klientovy myšlenky okolo užívání, zhodnocení rizikových situací pro relaps, efektivně pracují na případných lapech a podobně (Carroll, 1998; in Killeen et al., 2011).

Jak již bylo zmíněno, COPE se skládá z 12 setkání, přičemž k setkáním dochází jednou týdně a jedno trvá 90 minut. Hlavními cíli tohoto modelu je provést psychoedukaci ohledně vztahu PTSD a užívání návykových látek, či závislosti, vybavit klienta schopnostmi, které snižují riziko bažení a pomáhají ho zvládat; pokud nastane. V průběhu terapie se užívá techniky expozice in vivo a expozice za využití imaginace (Foa et. al., 2007; in Killeen et al. 2011).

Každé sezení obsahuje: (1) zhodnocení objevujících se symptomů a užívání návykových látek od minulého setkání, (2) review domácích úkolů, (3) zaměření se na copingové strategie ohledně užívání (15-20 minut), (4) zaměření se na vztah trauma a závislost (45-50 minut), a (5) zadání domácího úkolu. Na začátku každého setkání je proveden screeningový test moči a dechový test. Pokud se projeví, že klient užívá návykové látky (či znovu začal užívat), může se na tento fakt zaměřit pozornost v terapii (například zaměřit se více na prevenci relapsu, než dojde k započetí techniky expozice) (Killeen, et al., 2011).

První tři sezení se probírá PTSD, její příčiny a vztah s užíváním návykových látek, přičemž se uvažuje nad užíváním jako nad možným prostředkem k vyhýbání se (vyhýbání se je jeden z hlavních symptomů PTSD) a k sebemedikaci (snaha o potlačení nepříjemných symptomů PTSD). Probírá se i samotná expozice, co obnáší a důvody jejího využití.

⁸ Více informací o modelu COPE lze najít v terapeutickém manuálu „Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): Therapist guide“ (Back et al., 2014).

Dalším úkolem prvních tří sezení je zmapování klientovo rizikových situací zvyšujících možnost cravingu a následného potenciálního relapsu. Během prvních sezení také dochází k navázání terapeutického vztahu. Klient je ujištěn, že může otevřeně mluvit o svých obtížích, a to i o užívání návykových látek během terapie, za které nebude souzen či kritizován. V sezeních 4-11 již terapeut využívá techniky expozice a imaginace a mapuje situace, které vyvolávají nepříjemné symptomy PTSD.

COPE terapeut má také za úkol zmapovat všechny okolnosti, za kterých klient v minulosti opustil předčasně léčbu a podpořit jej v tom, aby vždy myšlenky na opuštění léčby nejdříve diskutoval. Klientům je řečeno, že se může stát, že v průběhu léčby může docházet k uklouznutím (lapsům), čili jednorázovému, či i opakovanému užití návykové látky. Klient by neměl na sezení dojít intoxikován či opilý, ale je mu velmi doporučováno v léčbě i přes možné lapsy pokračovat, v rámci terapie mohou probrat okolnosti a důležitost každého uklouznutí a mohou se naučit, jak v budoucnu zamezit dalším lapsům, či relapsu.

Ačkoliv je abstinence optimálním cílem, klient může zvolit pouhé snížení užívání, či kontrolované užívání. Terapeut mu tedy nenařizuje abstinenci, pokud v ten čas sám klient necítí, že je na tento krok připraven. Terapeut zváží, nakolik se u klienta jedná o závislost na dané látce či látkách, jaký je vzorec užívání těchto látek, nakolik se u něho vyskytují různé negativní důsledky užívání či pití (problémy se zákonem, fyzická onemocnění či zranění), a zmapuje, jak probíhaly potenciální dřívější pokusy o kontrolované užívání. Pokud abstinence není aktuálním cílem, klient musí mít pevný, spolehlivý, srozumitelný řád v užívání. Opakování daných cílů a průběžné zhodnocování motivace v průběhu celého terapeutického procesu pomáhá terapeutovi určit specifické potřeby ohledně prevence relapsu a zhodnotit, kdy je klient připraven k započetí techniky expozice. V terapii je tedy vhodné využít i motivačních rozhovorů a napomoci tak klientovi k pokračování v léčbě (Miller, Rollnick, 2012).

Vyhýbání je obecně běžné jak u klientů s PTSD, tak u těch s poruchou způsobenou užíváním látek. Vyhýbání se spouštěčům užívání je adaptivním copingovým mechanismem, který napomáhá snížení užívání (Marlatt, Gordon, 2005). Vyhýbání se spouštěčům u jedinců s PTSD ale nepomáhá v redukování PTSD symptomů (Foa et al., 2007). COPE terapeut tedy musí rozlišit situace, či obecně řečeno spouštěče, které mají souvislost s traumatem a měly by tedy být konfrontovány, aby mohla nastat pozitivní změna v léčbě PTSD a situace, kterým by se měl klient vyhýbat (těm které zvyšují riziko relapsu užívání návykových látek). Je žádoucí, aby tento proces vyhýbání a konfrontování se různým situacím byl klientovi dostatečně vysvětlen. Ovšem výše zmíněné bývá v praxi často velmi komplikované, protože pro mnoho klientů s duální diagnózou PTSD a závislosti na návykových látkách bývají spouštěče užívání často provázané a spjaté s traumatickými událostmi (Ouimette et al., 2007).

Ne všem událostem se dá v běžném životě vyhnout, proto se v modelu COPE pracuje s technikou zvanou „surfování“ (z anglického originálu „urge surfing“), což je technika, která pomáhá v rizikových situacích, které jsou nevyhnutelné. Namísto snahy o potlačení cravingu a myšlenek na užívání, je klientům doporučeno, aby si dovolili prožít tyto stavy. Při této technice se klient zaměřuje na tělesné prožívání, kde v těle cítí změny při pocitech bažení. Pochopení toho, jak tělesně klient prožívá rizikové situace, kde přesně je v těle cítí, může být výrazně obtížné například u obětí sexuálního násilí. Proto se tato technika procvičuje již při sezeních, což napomůže klientovi v běžném životě. Klienti často vnímají jako přínosné představit si craving jako vlnu na moři či v oceánu, konkrétně jak tato vlna přijde ve velké síle, ale poté zase ustoupí. Klienti se tedy učí, aby před tímto náhlým rizikem, v podobě vzpomínky na trauma a s tím spojeným bažením po užití návykové látky, neutíkali. Obojí může být konfrontováno a žádný z těchto negativních pocitů netrvá věčně (Foa et al., 2007; Carroll, 1998).

V modelu COPE se také zaměřuje na téma vzteku, který je opět častý u klientů obou poruch. U klientů s PTSD to bývá například vztek na útočníka (při přepadeních, napadeních a podobně) či dokonce vztek na vlastní osobu (častý u válečných veteránů). Vztek také často bývá spouštěčem užívání návykových látek, proto se pracuje na zesílení schopností, jak s vlastním vztekem pracovat (Killeen, et al., 2011).

Při sezeních, kde už se aktivně využívá expozic, klient hodnotí subjektivní diskomfort za pomoci škály od 0 do 100 (kdy se 0 rovná žádnému diskomfortu a 100 je nejvyšší diskomfort, se kterým se doposud klient setkal). To napomáhá při posuzování vhodnosti a bezpečnosti užívání této techniky a v komunikaci mezi terapeutem a klientem. Dále to pomáhá pochopit vztah mezi traumatickou vzpomínkou a užíváním návykových látek a v monitorování pokroků v léčbě. Je žádoucí, jak pro terapeuta, tak pro klienta, aby mu bylo vysvětleno, že pocity navalení stresu a již zmiňovaného diskomfortu jsou běžné a často mohou v průběhu léčby přicházet. Klientovi se může zdát, hlavně v momentu, kdy dojde k nejvyššímu návalu pocitů úzkosti či strachu, že tyto pocity nikdy neodezní, pokud neužije návykovou látku, proto je i zde vhodné využití analogie vlny oceánu a dovolit tak klientovi, aby si zažil přirozenou cestu návalu těchto negativních pocitů a poté jejich ustoupení (Carroll, 1998; Foa et al., 2007). Terapeut pomáhá klientovi využívat při expozicích situace, při kterých se dokáže cítit dostatečně bezpečně, co se týče zvýšeného rizika znovu užití návykové látky či retraumatizace. Při terapii se tedy terapeut nezaměřuje na situace, které by mohly vyvolat silný craving. Klientovi je vysvětleno, že mohou nastat situace, kdy klient pocítí craving, nemusí to ale být proto, že je situace přímo spjatá s následným užíváním, ale jedná se jednoduše o situaci, která je velmi stresující. Pokud je klient při expozici ve stresující, ale bezpečné situaci, může pociťovat bažení, měl by ale v této situaci vytrvat déle a zažít tak přirozený nával emocí, který ale nechá zase odstoupit, jak již je popisováno výše (Killeen, et al., 2011).

Aby klinik mohl využívat modelu COPE, je vhodné, aby byl vzdělán v oblasti poradenství (v orig. používán pojem counselling), psychologie, či psychiatrie a nejlépe měl i výcvik v oblasti KBT a techniky expozice. Výcvik v modelu COPE zahrnuje čtyřdenní workshop, po kterém následuje představení dvou pilotních případových studií. Participant musí předvést adekvátní interpersonální dovednosti, nesmí mu dělat problém slyšet často velmi obtížná témata doprovázená silnou emoční katarzí, vhodná je také zkušenost s léčbou obou poruch (Killeen, et al., 2011).

6.1.2. Seeking Safety⁹

Najavits (1998) vytvořila model integrované léčby PTSD a závislosti na návykových látkách o 25 sezeních, který nese název Seeking Safety („hledání bezpečnosti“). Jedná se o model bez využití techniky expozice. Na rozdíl od jiných, v této práci diskutovaných léčeb, tento evidence based model nezaměřuje tolik pozornosti na minulost, ale soustředí se více na přítomnost a vytvoření bezpečného prostoru pro léčbu PTSD a závislosti na návykových látkách.

Model je sestaven tak, aby zesílil stabilitu a bezpečnost pomocí: (1) psychoedukace, (2) práce s copingovými mechanismy a (3) napomáhání klientům získat větší kontrolu nad vlastními životy.

Model Seeking Safety (SS) má pět klíčových principů.

Prvním principem je „bezpečí jako zastřešující cíl“. Pokud má klient duální diagnózu PTSD a závislost na návykových látkách, je velmi důležité zaměřit se na budování bezpečí. Bezpečí funguje jako „deštník“ a obsahuje: bezpečí co se týče užívání, budování bezpečných vztahů, či bezpečí před extrémními symptomy, jako je disociace či sebepoškozování. Bezpečí se také musí hlídat v připravenosti klienta na vzpomínání si na trauma, které nesmí nastat příliš brzy. Tento model je tedy o hledání bezpečí.

Dalším principem je integrovaná léčba. K léčbě PTSD i závislosti by mělo docházet ve stejnou dobu, pod vedením jednoho terapeuta či týmu.

⁹ Více informací o modelu Seeking Safety v metodice Najavits (2009), Seeking Safety: An implementation Guide.

Videa dostupná na Youtube:

- interview s Marthou Schmitz, která hovoří o modelu SS <https://www.youtube.com/watch?v=QxupOgFYm6Y&t=321s>,
- video PTSD & Substance Abuse: Overview & Treatment dostupné na <https://www.youtube.com/watch?v=kPgaDF7AHD0&t=354s>, kde Robyn Walsner (psycholožka pracující v National Center for PTSD („Národní centrum pro PTSD“)) hovoří nejen o modelu Seeking Safety, ale i o jiných typech efektivní léčby, či o možném vztahu mezi komorbiditami (role sebededikace, problematika PTSD u veteránů a podobně).

Další princip popisuje důležitost zaměření pozornosti na vzorce ztráty ideálů. Seeking Safety si klade za cíl obnovit ztracené ideály. Každé téma, které je při terapii probíráno, je zasazeno do pozitivního rámce. Jedním z témat je například „upřímnost“ (která je proti lžím či popírání), dále „závazek“ jako opak nezodpovědnosti a impulzivity, či téma „starej se o sebe dobře“ jako zdroj pro změnu v zanedbávání sebe sama.

Čtvrtým principem je, že se tento model zaměřuje na čtyři obsahové oblasti. Oblast kognitivní a behaviorální, která kopíruje přístup kognitivně-behaviorální terapie (KBT) v integrované léčbě PTSD a závislosti na návykových látkách. Ten se zdá být v terapii těchto poruch jako vhodný, protože je dobře strukturovaný, zaměřuje se přímo na problémy, které způsobují potíže v současné době, je časově ohraničený a zahrnuje psychoedukaci. Ke kognitivní a behaviorální složce je přidána oblast interpersonální, která je považována za velmi důležitou a tvoří asi třetinu všech probíraných témat. U klientů s PTSD bývá příčinou traumatizace událost, která byla zapříčiněna někým druhým (znásilnění, sexuální obtěžování, zneužívání fyzické i sexuální, přepadení a podobně). Je zde tedy narušena důvěra k druhým lidem, pocity zmatenosti ohledně toho, co od druhých mohou čekat. U uživatelů návykových látek je oblast vztahů také často narušena, mnoho vztahů bývá například velmi konfliktních. Poslední složkou je pak case management, který byl přidán po pilotní studii Seeking Safety, kdy se zjistilo, že by tato složka byla potřebná. Mnoho participantů požadovalo pomoc a asistenci v oblasti hledání práce, psychofarmakologie, bydlení a podobně. Case management je tedy využíván po celou dobu terapie.

Posledním principem modelu Seeking Safety je zaměření pozornosti na terapeuta. Klienti s duálními diagnózami jsou obecně považováni za obtížnější klientelu než klienti pouze se závislostním problémem. Při workshopech pro terapeuty léčící klienty s duální diagnózou PTSD a závislostí na návykových látkách se například i díky nahrávkám ze sezení, které se společně diskutují, vynoří témata, která se zdají být aktuální a měla by na ně být zaměřena pozornost. Například je potřeba vědět, jak pracovat s agitovaným klientem, jak pracovat s emocemi a podobně. Dále je třeba zaměřit se na protipřenos. Objevuje se zde totiž takzvaný „protipřenosový paradox“; každá z poruch vyvolává jiný a často až opačný protipřenos, což může být pro terapeuta velmi těžké uchopit a vybalancovat. PTSD má v terapeutovi tendenci vyvolávat zranitelnost, která může vést až k přehnanému opečovávání. Užívání návykových látek zase může vést k úzkosti, která může vést k odsuzování klienta a přehnané kontrole (v extrémních případech až k myšlenkám „nebudu klienta léčit, dokud stále užívá“). Svou roli zde tedy hraje vytváření náhledu a nezastupitelnou roli při zaměření pozornosti na terapeuta má psychohygienu a supervize.

U Seeking Safety jsou dvě hlavní oblasti, na které se tento model nezaměřuje, a to především pokud se jedná o skupinovou psychoterapii: (1) zaměření pozornosti na výklad traumatických událostí a (2) psychodynamika. Výklad traumat z minulosti jsou jedním s hlavním terapeutických intervencí, jak lze pracovat s PTSD. Seeking Safety ale klade velký důraz (jak je uváděno v popisu výše) na bezpečí, proto nevyužívá přímo techniku expozice¹⁰. Dále není součástí tohoto modelu zadávání klasických domácích úkolů, model spíše využívá závazků, které klient plní do dalšího sezení. Cíl terapie se neurčuje na začátku, ale vyvíjí se v průběhu terapie. U tohoto modelu se také příliš nevyužívá psaní a autobiografie a každý typ užívání návykových látek se nutně nespojuje s PTSD.

Témata v léčbě (viz. Tabulka 4) mohou být probírána v různém pořadí, vybraném jak terapeutem, tak klientem. Jedno téma může být probráno v rámci jednoho setkání, nebo se může rozložit i do více setkání; záleží na klientovi, jak dlouho chce v daném tématu setrvat. Celá terapie může fungovat jako jednorázová léčba, může být ale i prodloužena či opakována. Může být také integrovaně kombinována s léčbou jinou, protože mnoho klientů potřebuje či chce i léčbu další (anonymní svépomocné skupiny, farmakoterapie, individuální či skupinová psychoterapie). Terapie může mít podobu individuálních setkání, skupinové terapie – otevřené či uzavřené skupiny, genderově oddělené či kombinované. Může probíhat jednou týdně či dvakrát týdně, v rámci ambulantní či rezidenční léčby, kombinována s jinou léčbou, či využita samostatně. Jedno sezení má 50-90 minut.

Ačkoliv byla léčba vyvinuta pro jedince s duální diagnózou PTSD a syndrom závislosti, může být model využit i u klientů, kteří nesplňují kritéria závislosti či PTSD. Mohou to být klienti s PTSD, kteří užívali návykové látky v minulosti, ale v současné době je neužívají, či je užívají rizikově, či jedinci s diagnózou závislosti, kteří byli traumatizováni, ale nemají diagnózu PTSD.

Každé setkání má jasně daný rámec. Pro klienty s traumaty užívající návykové látky je struktura velice důležitá a díky tomuto rámci vědí, co od jednotlivých setkání očekávat. Rámec se skládá ze 4 bodů. Prvním je „check-in“, kdy klient v pěti minutách zhodnotí, co je nového v jeho životě od minulého setkání, klient se zaměřuje na pět bodů: (1) Jak se cítí, (2) co dokázal od minulého setkání, (3) jak vypadalo jeho užívání a jakékoliv rizikové chování, (4) zda splnil závazky, které si předem zadal a (5) aktualizace dostupných komunitních zdrojů. Další fází je četba krátkého citátu, který čte klient nahlas a terapeut se ptá na hlavní myšlenku tohoto citátu a společně hledají propojení s tématem

¹⁰ I když není technika expozice přímo součástí tohoto modelu, lze ji využít jako doplněk (například výzkum z roku 2005 prováděný Najavits et al.).

setkání. Dalším bodem je téma daného setkání, které společně vybere terapeut s klientem z 25 témat, které se v průběhu Seeking Safety probírají podle toho, které je v dané situaci nejvhodnější. Tato část je tou zásadní částí setkání a trvá 30-40 minut. Téma se propojuje s konkrétními zážitky klientova života. Probíhá nácvik copingových strategií. Posledním bodem je pak „check-out“, kdy se zhodnotí jakýkoliv posun a terapeut dostane zpětnou vazbu k danému setkání. Klient odpovídá na dvě otázky: (1) co si ze setkání odnáší a (2) jaký je závazek do příště (Najavits, 2002).

Seeking Safety bylo vyvinuto pro širokou škálu kliniků (psychiatri, psychology, poradce v oblasti duševního zdraví i v oblasti adiktologie, výcvik v oblasti KBT a dále). Tento model ale nevyžaduje konkrétní vzdělání či zkušenosti a spíše pokládá za důležité, zda terapeut má osobní předpoklady pro práci s touto duální diagnózou. Důležitý je především zájem o problematiku a osobnostní rysy terapeuta (interpersonální schopnosti, schopnost empatie, autenticity, respektu a podobně). Terapeut by měl být také schopný rozeznat své limity v práci a měl by být otevřen pracovat na základě metodiky SS. Existuje mnoho cest, jak se vzdělat v tomto modelu (kniha, video výcvik, telefonní konzultace, či 1-2 denní výcviky). Existuje i certifikace v tomto modelu léčby, ovšem nutně se nevyžaduje. Certifikace se provádí na základě video záznamů ze sezení, které je hodnoceno na základě škály „Seeking Safety Adherence Scale“ (Najavits, 2009).

Tabulka 4: Témata Seeking Safety (Najavits, 2009).

Číslo setkání (tématu)	Náplň
1	ÚVOD DO TERAPIE / CM
2	BEZPEČÍ (kombinace kognitivní, behaviorální, interpersonální složky i CM) Docílit bezpečí je prvním krokem v terapii. Je probírán seznam 80 bezpečných copingových strategií, klient se zamýšlí nad tím, co pro něj pocit bezpečí znamená.
3	PTSD: VEM SI ZPĚT SVOU SÍLU (kognitivní) (1) Co to je PTSD, (2) vztah mezi PTSD a SUD, (3) hledání síly, (4) dlouhodobé problémy vyplývající z PTSD.
4	ODPOJENÍ SE OD EMOCIONÁLNÍ BOLESTI: „GROUNDING“ (behaviorální) Strategie zaměřující se na odpojení se od emocionální bolesti pomocí tří technik (duševní, fyzické a zklidňující).
5	KDYŽ NAD TEBOU MAJÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY KONTROLU (kognitivní) (1) Máte nějaký problém s nadužíváním návykových látek? (2) Jak návykové látky zabraňují v léčbě PTSD? (3) Vyberte si cestu, jak skončit s užíváním návykových látek, (4) výšlap na horu úzdravy: imaginativní cvičení na hledání cesty, jak skončit s užíváním NL, (5) smíšené pocity, (6) užívání NL, rozumět sobě samému, (7) svépomocné skupiny, (8) NL a PTSD – společné otázky.
6	UMĚT SI ŘÍCT O POMOC (interpersonální) Toto téma má podpořit klienta v umění říci si o pomoc, kterou potřebují. Pomáhá uvědomit si tuto potřebu a poskytuje návod, jak pomoci od druhých dosáhnout.

Číslo setkání (tématu)	Náplň
7	UMĚT SE STARAT O SEBE (behaviorální) Klient přichází na to, jak dobře se o sebe stará pomocí otázek (např.: „Kdy jste byl naposledy na preventivní prohlídce u lékaře?“). Dostává za úkol zlepšit alespoň jeden zdravotní problém.
8	SOUCIT (kognitivní) Klient se učí, jak přistupovat k sobě při řešení problémů. Učí se, jak si nedávat vše za vinu, což může být typické jak pro osoby s PTSD, tak se závislostí na NL. Učí se, jak k sobě přistupovat pozitivně a dosáhnout tak změny.
9	ČERVENÁ A ZELENÁ VLAJKA (behaviorální) Hodnotí se situace, které jsou pro klienta mírně, středně a velice nebezpečné, tvoří se „bezpečný plán“ údravy.
10	UPŘÍMNOST (interpersonální) Klient hledá roli upřímnosti v procesu údravy. Využívá se i hraní rolí (ve skupinové terapii), kde se hrají konkrétní situace. Diskutují se otázky: Jaká je cena neupřímnosti? Kdy je bezpečné být upřímný? Co když ostatní nepřijmou naši upřímnost?
11	ZDRAVÉ MYŠLENÍ (kognitivní) Zdravé myšlení ohledně „údravy“ je dáváno do kontrastu s myšlením, které je vázáno na PTSD a NL. Klienti jsou vedeni k tomu, aby změnili myšlení za pomocí strategií jako například: „seznam možností“, „vytvoř nový příběh“, „udělej rozhodnutí“. Provádí se nácviky.
12	INTEGRACE „ROZSTĚPENÉHO“ JÁ (kognitivní) „Rozštěpení“ se vyskytuje jako psychická obrana u obou poruch. Klienti se učí, jaké druhy „rozštěpení“ existují (ambivalence, popření) a jak dojít k integraci.
13	ZÁVAZEK (behaviorální) Koncept dodržování daných slibů, jak k sobě, tak ostatním. Jsou nabízeny strategie, jak dodržovat závazky a jak se vyrovnat s překážkami.
14	VYTVÁŘENÍ VÝZNAMU (kognitivní) Významy jsou diskutovány a odlišovány ty napomáhající údravě vs. ty škodlivé.
15	KOMUNITNÍ ZDROJE (interpersonální) Seznam národních neziskových zdrojů je určen na podporu rekonvalescence pacienta (včetně advokacie, svépomocných skupin). Klientům jsou doporučeny evaluované zdroje pomoci.
16	VYMEZOVÁNÍ HRANIC VE VZTAZÍCH (interpersonální) Diskuze o potřebě určení si bezpečných hranic. Ne moc blízko (problém říci „ne“), ale ani příliš daleko (neschopnosti říci ve vztahu „ano“). Probírané je i téma domácího násilí.
17	OBJEVOVÁNÍ (kognitivní) Objevování nového je opakem jakési rigidity, která doprovází jedince s PTSD a závislostí. Často mají pocit, že se někde zasekli, zůstávají na místě. Toto téma je o objevování něčeho nového, nových zážitků a informací, využívá strategií typu: ptej se, zkus a uvidíš, předpovídej.
18	PODPORA OD OSTATNÍCH (interpersonální) Klient by si měl určit, které osoby v jeho okolí jsou podporující, neutrální a destruktivní, co se léčby klienta týče. Rodina, kamarád, či jiná podporující osoba, může být pozvána na jedno ze setkání, může dostat dopis s informacemi o poruchách.

Číslo setkání (tématu)	Náplň
19	SPOUSTĚČE A VYROVNÁVÁNÍ SE S NIMI (behaviorální) Klient je podporován s bojem se spouštěči pro PTSD a užívání návykových látek. Využívá se modelu „tří kroků“: (1) změň to, s kým jsi, (2) změň to, co děláš a (3) změň to, kde to děláš (podobný model, který využívají AA).
20	RESPEKTOVÁNÍ ČASU PRO SEBE (behaviorální) Čas je v období terapie, znovunalézání se, velmi důležitý. Klienti mohli ztratit hodně času, důsledkem svých psychických poruch, ale stále mohou udělat budoucnost lepší než minulost. Klienti odpovídají na otázky: „Využíváte dobře a efektivně svůj čas?“, „Věnujete sobě dostatek času?“
21	ZDRAVÉ VZTAHY (interpersonální) Jsou diskutovány zdravé a nezdravé vztahy a myšlenky okolo vztahů obecně. Například: „Všechny vztahy, kterých mohu dosáhnout, nejsou dobré.“ Tato negativní myšlenka je dávana do kontrastu se zdravou myšlenkou: „Vytvořit si dobrý a zdravý vztah je dovednost, kterou se chci naučit.“ Klienti mají za úkol diskutovat nad tím, jak PTSD a užívání NL může vést ke tvorbě nezdravých vztahů.
22	SEBEODMĚNA (behaviorální) Zdravé odměňování se je rozlišováno od toho nezdravého. Nezdravým typem odměny může být právě užívání návykových látek. Klienti hledají zdravé alternativy.
23	ÚZDRAVA OD VZTEKU (interpersonální) Jsou představeny různé typy hněvu. Hněv je při terapii jak PTSD, tak závislosti na NL běžný, a dokonce i nutný. Měl by se ale projevovat konstruktivně (jako zdroj informací a úzdravy) a ne destruktivně (vztek na sebe a na ostatní, agrese).
24	HRA NA ŽIVOTNÍ VOLBY (kombinace) Část ukončování terapie. Klienti si losují lístečky s obtížnými životními situacemi typu „Zjistil jste, že je vám váš partner nevěrný“. Klient má říci, jak by na danou situaci reagoval a jak by postupoval za využití bezpečných copingových strategií.
25	UKONČOVÁNÍ Klienti mluví o svých pocitech ohledně ukončení terapie. Diskutují o tom, co se jim líbilo a naopak, dokončují své budoucí plány. Mohou se také číst „ukončovací dopisy“.

CM = case management, SUD = „substance use disorder“, porucha vyvolaná užíváním návykových látek, NL = návyková látka, AA = Anonymní Alkoholici

6.1.3. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie ¹¹

Model integrované kognitivně-behaviorální terapie¹² (ICBT) je modelem bez využití expozice a byl vytvořen původně pro osoby s duální diagnózou závislosti a PTSD, konkrétně pro americké veterány.

Tento přístup je založen na třech hlavních bodech, které mají napomoci úzdavě. Prvním bodem je edukace klienta o PTSD, závislosti a vzájemné interakci mezi poruchami, druhým bodem je snižování úzkosti za pomoci relaxace a dýchacích cvičení a třetím bodem je model ABCDE, použití flexibilního myšlení a kognitivní restrukturační.¹³

Terapie se skládá z minimálně 9 sezení, z čehož sezení 1-4 jsou individuální. Poté následují 4 skupinová sezení (sezení A, B, C, D – ideálně se mají opakovat dvakrát), poté následuje sezení číslo 5, které je opět individuální. Maximální počet sezení je tedy 13 (4 individuální, 4-8 skupinová, 1 závěrečné individuální).

První sezení klade si za cíl představit klientovi model ICBT, shrnout informace o PTSD a užívání návykových látek, prodiskutovat cíle léčby a představit relaxační techniky.

Druhé sezení je zaměřeno na posouzení klientovy připravenosti a motivace ke změně a přijetí klienta do terapeutického procesu. Dojde ke zhodnocení jeho očekávání. Úkolem klienta je také zhodnotit pro a proti, co se týče změny, či stagnace na místě. Klient hledá, proč by mohla být změna dobrá a přínosná. Při sezení jsou také prodiskutovány úkoly zadané na konci prvního sezení.

Třetí sezení představuje klientovi model ABC emocí. V podstatě se jedná o model, který se využívá k propojování emocí, myšlenek a chování. „A“ je představováno jako situace, která nastane, která nastartuje proces (z orig. „activating situations“). „B“ představuje myšlenky o situaci (z orig. „beliefs“). „C“ („consequences“) pak představuje následky. To mohou být pocity, či chování. Autoři uvádí, že často klient

¹¹ Více informací o modelu integrované kognitivně-behaviorální terapie jsou k nalezení v manuálu „Integrated cognitive behavioral therapy (ICBT): Clinician Manual“ (McGovern, Capone et al., 2011b) - odtud citována kapitola 6.1.3.

Zajímavé informace o metodě ICBT, vztahu PTSD a závislosti na návykových látkách a léčbě, jsou dostupné v interview s Andreou Meier z Dartmouthského psychiatrického výzkumného centra dostupného na <https://www.voiceamerica.com/episode/56562/integrated-cognitive-behavioral-therapy-icbt>.

¹² Z anglického originálu „Integrated Cognitive-Behavioral Treatment“

¹³ Metoda racionálního zpracování myšlenek, jejímž smyslem je nalézt konstruktivní, zdravější alternativy myšlení, které nepřinášejí úzkosti. Byla představena autory A. Ellis a A. T. Beck. Jedná se o metodu kognitivně-behaviorální terapie (Pešek, 2010).

přeskočí bod „B“ a přejde od situace rovnou do následků, což je chování, které není žádoucí. Často „C“ představuje reakci na „B“.

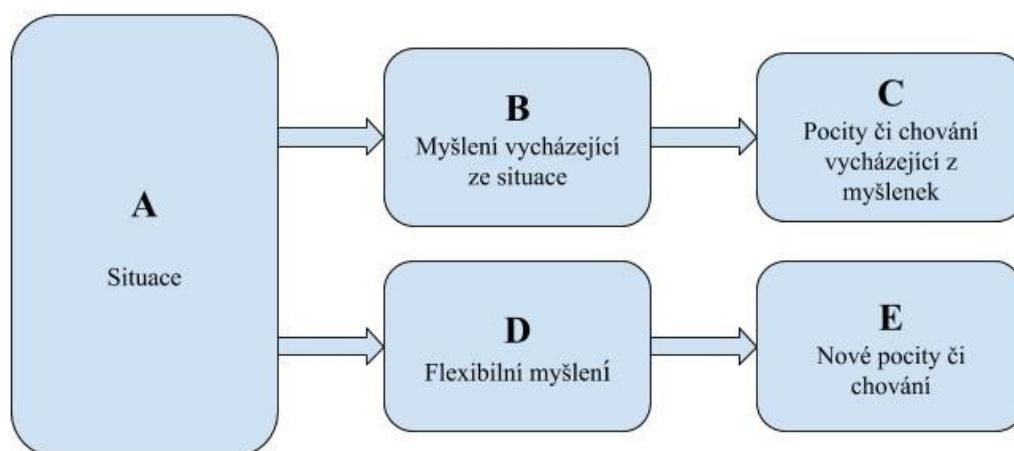
Autoři uvádí příklad: přítelkyně válečného veterána chce jít na večeři do restaurace, protože má narozeniny. Veterán přemýšlí (B) nad situací (A), kdy je na veřejném místě mezi velkým počtem lidí. Ví, že pocítí úzkost, bude si muset sednout zády ke zdi, aby viděl každého, kdo přichází a bude muset vypít větší množství alkoholu, aby potlačil úzkost a napětí, které vyplývá z této situace. „C“ je potom skutečnost, kdy veterán sedí v restauraci zády ke zdi a pije alkohol, aby situaci zvládl.

Člověk často přeskočí bod „B“ a jde rovnou z bodu „A“ k bodu „C“. Vazba je velmi silná a myšlenky hrají velmi velkou roli v tom, co klient cítí. Autoři vysvětlují, že vynechání „B“ slouží často k ušetření energie, kdy člověk od situace přejde k chování a již si naplno neuvědomuje cestu mezi tím. Často je toto chování zautomatizované. Často může být „A“ symptom PTSD a „C“ užívání návykové látky. Tato vazba může být v důsledku zautomatizovaná či může být provázená „B“, které má podobu myšlenek typu „alkohol mě zklidní“, „alkohol je ta jediná věc, která mi teď dokáže pomoci“, což může časem utvrzovat pocit, že „B“ musí být pravda.

Práci s modelem ABC emocí je autory připodobňována k učení se jezdit automobilem s manuální převodovkou po tom, co klient dlouhou dobu jezdil automobilem s automatickou převodovkou a „B“ (čili například cesta z domova do práce) tak pro něj bylo nepodstatné, zautomatizované. Když se klient rozhodne dál nejezdit automobilem s automatickou převodovkou, přijde na řadu ICBT, která má klientovi napomoci znovu se naučit používat pedály, plyn, brzdu, pravidla silničního provozu a podobně, než se to stane opět přirozené. Což je i cílem celé ICBT, pokusit se nalézt flexibilitu, nové způsoby myšlení, které jsou zdravější a vedou k zdravějšímu „C“.

Při čtvrtém setkání se pak opakuje a procvičuje model ABC a přidává se písmeno „D“ a „E“ (grafické znázornění modelu ABCDE v Grafu 1). Zaměřuje se na „flexibilní myšlení“ (z orig. „flexible thinking“), což je myšlení, které nevede od jednoho bodu k druhému, ale otevírá možnosti, jak se dá nad celou situací přemýšlet a jaké může mít důsledky. Písmeno „D“ („disputing beliefs and thoughts“) představuje pochybnosti o automatických myšlenkách, které klient má, představuje tedy ono flexibilní myšlení, které rozvíjí. Písmeno „E“ je pak nový pocit, nové chování, nové písmeno „C“. Písmeno „E“ („entirely new beliefs or behaviors“) ukazuje, co může přijít nového, co může být jinak, pokud zpochybníme naše automatické, neflexibilní myšlení. Představuje tedy nový scénář. Tento model je procvičován, nejlépe na situacích spojených s PTSD a závislostí. Opět jsou zadány úkoly do dalšího sezení.

Graf 1: model ABCDE: flexibilní myšlení



Následují čtyři skupinová setkání.

V prvním skupinovém setkání se klient seznamuje se skupinou a jejím fungováním. Zaměřuje se na edukaci ohledně PTSD symptomů a závislosti. Hlavním tématem je vyhýbavé chování a snaha o to, aby klienti našli své formy vyhýbavého chování, které následuje po znovuprožitcích traumatických událostí. Jednou z forem vyhýbavého chování může být i užívání návykových látek. Klienti diskutují, jakou roli hraje návyková látka v jejich životě. Pozornost je věnována i PTSD a jeho tří hlavním příznakům: znovuprožívání traumat, vyhýbavé chování a zvýšená dráždivost. ICBT sice není model zaměřený na expozici, nepracuje se tedy s in vivo expozicemi či imaginacemi, i tak je ale věnována pozornost poruše PTSD. Opět je diskutován model ABCDE emocí, flexibilní myšlení a jsou zadány domácí úkoly.

Druhé setkání se více zaměřuje na emoce, které jsou často spojené s oběma poruchami, především pak na emoce negativní a na myšlenky s nimi spojené. Úkolem je seznámit klienty s těmito emocemi, definovat je a popsat myšlenky, které jsou s těmito emocemi spjaté. Tyto emoce jsou rozděleny do 4 kategorií: deprese a smutek, úzkost a strach, vina, a vztek.

Deprese a smutek bývají spjatý s traumaty a PTSD. Dále se objevuje samota, beznaděj či pocit ztráty, což bývá spojeno s myšlenkami typu „vždycky to budu cítit stejně“.

Úzkost spojená se strachem z budoucnosti je také velmi častá. Jedinci mají strach z neznámého, co může v budoucnosti nastat. Objevuje se i strach z lidí, strach z toho, že se „zblázním“.

Pocit viny bývá opět často přítomen u osob s PTSD. Jedinci mají pocit, že traumatickou událost zapříčinili, či trpí vinou za to, co udělali, aby situaci přežili (u různých přírodních katastrof a podobně). Vina je běžná i u uživatelů návykových látek. Vina za to, co způsobili druhým i sobě.

Vztek patří mezi další negativní emoci probírané v rámci skupinové terapie. Například u žen může být vztek skrytý pod pocity viny a smutku. Muži pak naopak vztekem mohou maskovat jiné pocity, které pro ně mohou být více zraňující.

Pomocí identifikace a normalizace těchto negativních emocí je dán prostor o nich mluvit, popsat ty klientům vlastní a propojovat tyto emoce s myšlenkami.

Třetí skupinové setkání pracuje s automatickými myšlenkami. Myšlenky „B“ vedou k pocitům „C“ a klienti pracují s tím, že změnou myšlenek může situace dopadnout jinak (například případ veterána, který se opil na narozeninové večeři své přítelkyně, jeho automatickou myšlenkou bylo „bude to katastrofa, tolik lidí okolo, to nezvládnou“). Klienti pracují se svými vlastními příklady a snaží se analyzovat své vlastní automatické myšlenky v situacích jim vlastní.

Poslední, čtvrté, skupinové setkání se více zaměřuje na užívání návykových látek a připomíná klasickou prevenci relapsu. Klienti například hledají možné spouštěče užívání, jak rozpoznat varovné signály a nakolik toto vše souvisí se symptomy PTSD. Probírány jsou alternativní copingové strategie, klienti si určují osobu, na kterou se mohou obrátit, pokud pocítí, že se nachází v rizikové situaci.

Poslední individuální sezení je uzavírací. Dochází ke shrnutí celé léčby, získání zpětné vazby od klienta (co bylo nápomocné, co nikoliv, zda bylo vše srozumitelné, zda má klient nápady na zlepšení celého procesu), klient shrnuje své úspěchy ale i neúspěchy, svůj posun od prvního setkání. Projednává se následná péče, hodnotí se zdroje v okolí, případně se doporučuje další léčba.

Součástí celého procesu je pracovní sešit pro klienta. Ten obsahuje pracovní a informační materiály, dohromady 21 dokumentů. Ty jsou pro klienta důležité pro zaznamenávání jeho zážitků, vypracování úkolů mezi sezeními a zhodnocení, zda se léčba daří.¹⁴

6.2. Přehled dalších modelů

Protože si práce kladla za cíl představit přímo modely integrované léčby závislosti a PTSD a modely, ke kterým byl nalezen výzkum dle zadaných kritérií, byly v práci představeny jen modely COPE, Seeking Safety a ICBT. Existují ale i modely, zaměřující

¹⁴ Pracovní sešit dostupný na: <http://dartmouthprc.org/wp-content/uploads/ICBT-VA-Patient-Workbook.pdf>.

se na léčbu obou poruch, nejedná se ale o léčbu integrovanou (v jednom zařízení, pod vedením jednoho terapeuta nebo jednoho týmu), nebyly tak do práce zahrnuty, protože nesplňovaly stanovená kritéria. Další skupinou jsou modely, které se dají využít integrovaně, chybí k nim ale randomizované kontrolní studie. Tyto modely budou představeny v Tabulce 6, pro dotvoření obrazu dostupných možností terapie obou poruch.

Tabulka 6: Přehled modelů léčby PTSD a závislosti se stručným popisem.

Model	Popis modelu	Citace
TARGET	Praktické dovednosti, jak zvládat aktuální stresové situace a potíže způsobené PTSD či užíváním návykových látek. Psychoedukace, využití postupu FREEDOM. “Trauma adaptive recovery group education and therapy“ je model, který se dá integrovaně využít při terapii PTSD a závislosti. Skupinová či individuální psychoterapie (celkem 11-12 setkání). Cílem je znovuobjevit v jedinci jeho cíle, možnosti volby a schopnosti, které byly dříve schovány za užíváním návykových látek, či symptomy PTSD. Nejde tedy o pouhé zbavování se symptomů, nebo nahrazování adaptivních způsobů copingu, ale o znovunalezení a přestavění těchto schopností.	Frisman et al., 2008
Transcend	Vyvinut pro válečné veterány. Deset hodin skupinové terapie týdně po dobu 12 týdnů. Kombinuje prvky kognitivního, behaviorálního přístupu, konstruktivismu a 12 krokové terapie. Práce s copingem, zvládání agrese, psychoedukace, zpracovávání traumatu. Využívá se až po léčbě závislosti. Sukcesivní/paralelní typ léčby.	Donovan et al., 2001
CTPCD	„Concurrent Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Cocaine Dependence“ čili paralelní model léčby PTSD a závislosti na kokainu je složen z 16 individuálních devadesáti minutových sezení, které probíhají dvakrát týdně. Prvních 5 sezení se zaměřuje na užívání návykových látek: copingové strategie, prevence relapsu, kognitivní restrukturuaci, psychoedukaci, regulaci a zvládání afektů. Model využívá in vivo expozice i expozice za využití imaginace (od 6. sezení). Prvních 45 minut sezení – expozice.	Brady et al., 2001
DART	„Dual Assessment and Recovery Track“ je léčba trvající 12 týdnů (9 hodin týdně). Je složena ze tří složek: (1) z psychoedukačních seminářů pro porozumění duševním poruchám, (2) case managementu a (3) části zaměřenou na PTSD a závislost, kde je umožněno klientům diskutovat o obou poruchách a traumatech.	Sacks et al., 2008

Model	Popis modelu	Citace
SDPT	<p>“Substance Dependence Posttraumatic Stress Disorder Therapy”.</p> <p>Pět měsíců trvající terapie, dvakrát týdně, dvoufázový přístup. Fáze I: zaměřená na užívání návykových látek a závislost, o traumatech jsou podávány pouze informace. Fáze 2: informace o závislostní problematice, ale zaměření se na léčbu PTSD. Prevence relapsu (KBT) a práce s copingem, psychoedukace, práce se stresem, in vivo expozice pro léčbu PTSD. Sukcesivní typ léčby.</p>	Triffleman, et al., 2000
TREM	<p>„The Trauma Recovery and Empowerment Model“, 33 skupinových setkání pro ženy. Již existují i formy pro muže a adolescenty. Zaměřuje se na rozvoj konkrétních dovedností podporujících zotavení z traumatu (celkem 11 oblastí). (1) sebeuvědomění, (2) sebeochrana, (3) sebeuklidnění, (4) zmírnění emocí, (5) vztahy, (6) správné vymezování sebe a ostatních, (7) vliv na vlastní život (odpovědnost za něj), (8) řešení problémů, (9) rodičovství, (10) pocit smyslu, (11) rozhodování. Dovednosti jsou vyučovány pomocí kombinace různých technik jako je psychoedukace, kognitivní restrukturační, nácvik asertivity, dovednosti zvládání emocí, vzájemná podpora ve skupině, využívá expozice. Setkání se konají jednou týdně, trvají 75 minut a probíhají po dobu 9 měsíců. Lze kombinovat s léčbou závislosti.</p>	Fallot et al., 2002
Integrated Tobacco Cessation Treatment	<p>Zmanualizovaný postup šesti dvaceti minutových sekcí s cílem přestat kouřit, který integrovaně pracuje i s PTSD. Obsahuje behaviorálně zaměřené poradenství, práci se stresem, farmakoterapii. Integrovaný typ léčby.</p>	McFall et al., 2006
Kognitivní restrukturační	<p>Jedná se spíše o metodu v léčbě PTSD (využití u klientů se závažným duševním onemocněním, s duálními poruchami, využitelné také u osob zneužívajících návykových látek a dále). Dle autorů se považuje se za mírnější a celkově přijatelnější než přístup s expozicí traumatu. Probíhá individuálně, 12-15 setkání, jednou týdně. Zahrnuje psychoedukaci, relaxační techniky, kognitivní restrukturační – jako strategii zvládání zúzkostňujících pocitů, je vyučována jako dovednost sebeřízení. Klienti se učí pět kroků: (1) popiš situaci, (2) urči pocit, který tě nejvíce znepokojuje, (3) urči myšlenku, která je základem tohoto pocitu, (4) zhodnoť důkazy pro a proti této myšlence, (5) jednej (pokud není myšlenka podepřena důkazy, změň ji na přesnější myšlenku; pokud na důkazech založena je, vytvoř plán řešení problémové situace).</p>	Fox et al., 2010

3. Jaké léčebné výsledky tyto modely vykazují ve srovnání s alternativní léčbou?

6.3. Představení jednotlivých výzkumů

6.3.1. Concurrent Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder with Prolonged Exposure

Cíl: Zjistit, zda integrovaná léčba PTSD a závislosti na návykových látkách (orig. „substance dependence“) COPE, může dosáhnout lepší redukce PTSD a závislostní symptomatiky ve srovnání s obvyklou léčbou závislosti.

Metody: Randomizovaná kontrolní studie se 103 participanty, splňujícími kritéria pro PTSD i závislost podle DSM-4. Data byla získávána v období 2007-2009 v Sydney (Austrálie).

Participanti náhodně rozděleni do dvou skupin. První skupina (n=55) v terapii s využitím COPE modelu a standardní adiktologické péče (poskytující v dané službě), druhá, kontrolní skupina (n=48), v terapii za využití pouze standardní adiktologické péče.

COPE se skládal celkově z 13 individuálních devadesátiminutových sezení (celkově 19,5 hodin) pod vedením klinických psychologů najatých za účelem této studie. Sezení probíhala jednou týdně, ale bylo dovoleno flexibilně frekvence pozměnit. Sezení 1-4 se zaměřovalo na KBT zaměřenou na užívání návykových látek, setkání 5-12 se zaměřovalo na in vivo expozice, 6-12 pak na expozice za využití imaginace, a KBT se změřením na PTSD bylo náplní setkání 8-12. Poslední setkání sloužilo ke zhodnocení terapie a tvorbě budoucího plánu léčby. COPE byl prováděn dvěma klinickými psychology, kterým byla k dispozici supervize po dobu konání sběru dat pro studii. Všechna sezení byla nahrávána.

Obě skupiny měly možnost zúčastnit se „klasické“ léčby závislosti, prováděné danou službou v podobě ambulantního poradenství, ambulantní či pobytovou detoxifikaci, rezidenční rehabilitace a farmakoterapie (metadon, buprenorfin, buprenorfin plus naloxon, naltrexon).

Výsledky: Devíti měsíční follow-up prokázal signifikantní redukci v PTSD symptomatice v obou skupinách, ovšem skupina, které se dostávalo péče za využití modelu COPE, prokazuje signifikantně větší redukci těchto symptomů (56,4 % participantů nadále splňovalo kritéria pro PTSD). Žádné signifikantní rozdíly nebyly mezi skupinami prokázány v oblasti užívání návykových látek, obě skupiny prokazují redukci v počtu diagnostikovaných. 81,8 % klientů z experimentální skupiny absolvovalo alespoň 1 sezení, průměrně však participanti z této skupiny absolvovaly 5 sezení z 13 celkových, 18,2 % absolvovalo všechna sezení.

6.3.2. Seeking Safety

Cíl: Srovnání výsledků modelu Seeking Safety za současného využití léčby závislosti s kontrolní skupinou (pouze léčba závislosti) u žen ve věznici a zmapování možnosti léčby klientely s duální diagnózou PTSD a syndrom závislosti.

Metody: Pilotní randomizovaná kontrolovaná studie mezi ženami vykonávající trest odnětí svobody.

Participantů náhodně rozdělení do dvou skupin. První skupina (n=27) v terapii s využitím modelu Seeking Safety a adiktologické péče (poskytující ve věznici), druhá, kontrolní skupina (n=22) za využití pouze adiktologické léčby.

Léčba Seeking Safety byla prováděna poradci pracujícími ve věznici, kteří nebyli najati přímo za účelem výzkumu, ale byli vyškoleni v oblasti SS. K dispozici byl supervizor, se kterým mohli poradci dvakrát do měsíce konzultovat daná sezení. Sezení měla skupinovou podobu a probíhala třikrát týdně po 6-8 týdnů (jedno sezení 90 minut). Po propuštění z trestu odnětí svobody byla každé participantce nabídnuta individuální terapie po dobu 12 týdnů (12 setkání po 60 minutách).

Léčba závislosti měla podobu rezidenčního programu v části věznice s dohledem. Terapie probíhala přibližně 30 hodin týdně a trvala 3-6 měsíců. Byla abstinenčně orientovaná zaměřena na 12 krokový model (Anonymní Alkoholici, Anonymní Kokainisté, Anonymní Narkomani), kladla důraz na psychoedukaci. Jednou týdně probíhalo individuální sezení s case managerem a drogovým poradcem. Pro udržení se v léčbě musely ženy splnit všechny části léčby. Psychoedukace se zaměřovala na ženské zdraví, domácí násilí, nácvik zvládání afektu, prevenci relapsu a podobně. Skupiny byly vedeny stejným poradcem, který prováděl SS. Tato léčba nebyla nijak specificky zaměřena na trauma.

Výsledky: Obě skupiny vykazují signifikantní redukci ve frekvenci a závažnosti PTSD symptomů ve srovnání před léčbou a 12 týdnů od začátku a 3 a 6 měsíců po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. 39 % procent žen (z SS skupiny) a 43 % žen z kontrolní skupiny nadále splňovalo kritéria pro PTSD tři měsíce po propuštění z věznice. Ženy v SS skupině vykazují zlepšení ohledně PTSD v každém měření (od začátku léčby až 6 měsíců po léčbě), participantky z kontrolní skupiny vykazují zlepšení pouze ve follow-up po 12 týdnech, jinak vykazují opětovné zhoršení symptomatiky (3 a 6 měsíců po léčbě). Obě skupiny vykazují shodné zlepšení v závažnosti užívání alkoholu a drog. Výsledky této studie neprokazují významné rozdíly mezi modelem SS a pouhou léčbou závislosti. Participantky z experimentální skupiny absolvovaly průměrně 15,6 sezení z celkových 25 (během výkonu trestu odnětí svobody), a průměrně 3 setkání z 12 navazujících individuálních sezení po výkonu trestu odnětí svobody (individuální sezení po VTOS).

6.3.3. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie

Cíl: Zjistit, jak ve srovnání s individuálním adiktologickým poradenstvím ICBT zlepšuje výsledky v oblasti užívání návykových látek, PTSD a dalších psychiatrických symptomů, nakolik participanti ICBT léčbu dokončí, a zda existují rozdíly v přijetí a zvládání ICBT mezi participanty s vyšší závažností PTSD a těmi s nižší závažností.

Metody: Pilotní randomizovaná kontrolní studie. Padesát tři participantů ze sedmi programů komunitní adiktologické péče (sídlicí ve Vermontu, New Hampshire a Connecticutu, USA) bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. Integrovaná kognitivně-behaviorální terapie plus standardní adiktologická péče versus individuální adiktologické poradenství plus standardní adiktologická péče. 14 kliniků prošlo tréninkem ve všech využívaných metodách a tito terapeuti pak poskytovali jak ICBT, tak individuální adiktologické poradenství.

Standardní péče byla dvojího typu: metadonová substituce a intenzivní ambulantní program. Dva ze sedmi programů byly metadonové substituce, ostatních pět pak ambulantní programy.

Metadonové substituce poskytovaly jak metadon, tak konzultace jednou do měsíce, skupinové sezení, vyšetření a konzultace s psychiatrem a case management.

Intenzivní ambulantní léčba se skládá ze dvou fází péče; první, primární, trvá 5 týdnů a skládá se z 9–12 hodin dlouhých skupinových sezení jednou týdně, kde je hlavním tématem převážně užívání návykových látek. Druhá fáze trvá 2-3 měsíce, probíhá týdně jako jednogodinové skupinové setkání a hlavní náplní je prevence relapsu.

Individuální adiktologické poradenství (z orig. „Individual Addiction Counseling“) je zmanualizovaný postup individuální terapie využívaný v léčbě závislostí nebo v metadonové substituční léčbě. Toto poradenství probíhalo jednou týdně, celkově 10-12 sezení.

Výsledky: Obě skupiny vykazovaly signifikantní zlepšení v závažnosti PTSD. Skupina ICBT ovšem byla úspěšnější, co se týče počtu diagnostikovaných PTSD po léčbě a vykazovala lepší výsledky v oblasti znovuprožívání traumat. Participanti z této skupiny si odnesli lepší dovednosti v oblasti zvládání stavů znovuprožívání traumat a celkově se snížil výskyt tohoto symptomu PTSD. Porovnávané postupy léčby byly podobně efektivní, co se týká redukce užívání návykových látek (potvrzené všemi testy – ASI, TLFB a toxikologie). Oba postupy byly v tomto směru úspěšné. 69 % participantů dokončilo léčbu v ICBT, z kontrolní skupiny dokončilo léčbu 100 % zúčastněných.

6.3.4. Shrnutí výsledků výzkumů

V následující tabulce (Tabulka 5) jsou shrnuty výsledky jednotlivých modelů, které jsou dále podrobněji diskutovány v sedmé kapitole této práce.

Tabulka 5: Shrnutí výsledků jednotlivých modelů ve srovnání s kontrolní skupinou

	COPE		SS		ICBT	
	COPE + TAU (A)	TAU (B)	SS + TAU (A)	TAU (B)	ICBT + TAU (A)	IAP + TAU (B)
Změna v užívání NL	+	+	+	+	+	+
Změny v symptomatice PTSD	+	+	+	+	+	+
Meziskupinové srovnání v oblasti užívání NL	A=B		A=B		A=B	
Meziskupinové srovnání v oblasti PTSD	A>B		A=B		A>B	

Pozn.: += zlepšení v symptomatice, měřitelné pomocí nástrojů (rozlišné nástroje napříč studiemi), TAU= „treatment as usual“, adiktologická péče prováděná v daném zařízení, IAP= individuální adiktologické poradenství

Model COPE prokázal signifikantní zlepšení (+) v PTSD symptomatice v obou skupinách, ovšem skupina, které se dostávalo péče za využití modelu COPE, prokazuje signifikantně větší redukci těchto symptomů (A>B). Signifikantní meziskupinové rozdíly v oblasti užívání návykových látek nebyly prokázány, obě skupiny ale prokazují redukci v počtu diagnostikovaných (A=B).

Model Seeking Safety prokazuje signifikantní redukci ve frekvenci a závažnosti PTSD symptomů, stejně jako alternativní léčba. Nevyskytuje se zde signifikantní rozdíl mezi skupinami (A=B). Obě skupiny také vykazují shodné zlepšení v závažnosti užívání návykových látek (A=B). Výsledky této studie neprokazují významné rozdíly mezi modelem SS a léčbou bez zaměření na traumata.

Oba typy léčby – model ICBT i alternativní léčba, vykazovaly signifikantní zlepšení v závažnosti PTSD. Skupina ICBT ovšem byla úspěšnější, co se týče počtu diagnostikovaných PTSD po léčbě a vykazovala lepší výsledky v oblasti znovuprožívání traumat (A>B). Porovnávané postupy v léčbě byly podobně efektivní, co se týká redukce užívání návykových látek. Oba postupy byly v tomto směru úspěšné (A=B).

7. Diskuze a závěry

Celá řada studií potvrzuje, že existuje vysoká míra korelace mezi traumaty a užíváním návykových látek (např. Roberts et al., 2015; Volpicelli et al., 1999; Najavits et al., 1997). V úvodu práce byla stručně představena problematika traumat i porucha, která může jako následek traumatické situace vzniknout – posttraumatická stresová porucha. Teoretická práce také představila možnosti, jak lze uvažovat nad duální diagnózou: závislost na návykových látkách a PTSD, především co se týká možného vztahu těchto poruch – byly popsány možné hypotézy kauzality, pro hlubší pochopení problematiky bude nadále potřeba dalšího zkoumání, ovšem i v současné době je evidentní, že vztah mezi těmito poruchami existuje. Poslední kapitola teoretické práce představuje možnosti v léčbě. Zaměřuje se jak na možnosti v psychoterapii, tak ve farmakoterapii a otevírá tím prostor části praktické, která již účelně představuje konkrétní modely v léčbě a odpovídá tak na výzkumné otázky této diplomové práce.

Tato práce je prvním česky psaným review, které se zaměřuje na možnosti v léčbě posttraumatické stresové poruchy a syndromu závislosti. Představuje konkrétní modely v léčbě těchto dvou poruch a dále nabízí přehled tří výzkumů, které popisují využití tohoto modelu v praxi. Byl představen model integrované léčby „COPE“, při kterém terapeut v průběhu terapie pracuje s klientem i za využití techniky expozice, poté model „Seeking Safety“, což je vůbec první evidence-based model, vytvořený speciálně pro léčbu PTSD a syndromu závislosti. V rámci terapie se zde primárně nevyužívá expozic, mohou být ale doplňkem terapie. Hlavní podoba modelu však spočívá spíše v KBT, což platí i pro třetí představený model integrované kognitivně-behaviorální terapie (ICBT), což je model charakterizovaný KBT terapií, který je ale výjimečný a odlišný od klasické KBT především tím, že se současně zaměřuje na obě diskutované komorbidity.

Práce se zaměřuje na modely integrované léčby, protože je tento typ dlouhodobě doporučovaným postupem, jak léčit duální diagnózu PTSD a syndrom závislosti (Najavits et al., 1996; Ruzek et al., 1998). Například výzkum Browna, et al. (1998) se zaměřil na preference těchto klientů k léčbě. Autoři došli k výsledku, že klienti preferují, když dochází k léčbě obou poruch zároveň. Je to například z důvodu, jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, že klienti sami do jisté míry nedokáží rozeznat symptomy obou poruch odděleně, neví, kde je hranice mezi poruchami a terapie obou poruch zároveň se zdá býti více přirozená.

Výsledky studie autorů Mills et al. (2012), zaměřující se na účinnost modelu COPE, podporují názor, že využití expozic u klientů s PTSD léčících se ze závislosti na návykových látkách se jeví jako účinné. Participanti ve skupině, ve které se využívalo modelu COPE, vykazovali signifikantně vyšší redukci v PTSD symptomatice než v kontrolní skupině, kde se využívalo pouze terapie užívání návykových látek. Autoři

měli také hypotézu, že experimentální skupina (COPE) bude vykazovat signifikantně lepší výsledky v užívání návykových látek. Tato hypotéza se ovšem nepotvrdila. Obě skupiny vykazovaly signifikantní zlepšení, nebyl ale prokázán meziskupinový rozdíl. Zajímavým faktem je, že mnoho uživatelů během terapie nadále užívalo návykové látky (abstinence nebyla vyžadována), a i přesto pokračovali v léčbě. Tyto výsledky vylučují obecně přijímaný názor, že k využívání technik expozice či imaginace je před zahájením třeba, aby klient abstinovat. Nicméně se zdá být vhodné, aby klienti již před začátkem léčby vykazovali schopnost využívat alternativní copingové strategie a vykazovali pokroky v kontrole nad užíváním látek v průběhu léčby (snížování frekvence užívání a podobně). Velmi důležitým poznatkem této práce je výsledek, který vylučuje tvrzení řady odborníků, že terapie, při které se pracuje s expozicí traumatickým zážitkům u osob se závislostí na návykových látkách není možná, protože je tato technika příliš nebezpečná pro rozvoj cravingu a následného relapsu. Výsledky této studie ukazují, že u obou skupin došlo ke signifikantnímu zlepšení v oblasti užívání návykových látek (i když bez signifikantního rozdílu mezi skupinami) a experimentální skupina nevykazovala oproti kontrolní skupině horších výsledků v oblasti užívání návykových látek. K podobným závěrům došli i autoři Persson et al., (2017), kteří v pilotní studii zkoumali efektivitu COPE modelu u žen s alkoholovou závislostí a PTSD ve Švédsku. U participantek došlo k signifikantní redukci PTSD symptomů, 66,7 % po léčbě nadále nesplňovalo kritéria pro tuto poruchu. Současně došlo i k redukci konzumace alkoholu, alkoholového bažení a závažnosti alkoholové závislosti dle AUDIT dotazníku. Výsledky prokázaly, že u participantů nedošlo ke zvýšení bažení po alkoholu, vyššímu riziku sebevraždy, či vyšší konzumaci alkoholu, a to dokonce ani u klientů, kteří COPE nedokončili (ti, kteří zůstali v kontaktu). Výsledky by bylo vhodné potvrdit dalšími studiemi, nicméně expozice nemusí být nutně technikou, které by se měli klinici, pracující s adiktologickou klientelou, obávat.

I výzkum prováděný autory McGovernem et al. (2011a), který se zaměřil na model integrované kognitivně-behaviorální terapie, vykazuje podobné výsledky jako výzkum diskutovaný výše. ICBT byla ve výsledku úspěšnější v redukci PTSD (podle počtu diagnostikovaných participantů s PTSD), než tomu bylo u kontrolní skupiny (individuální adiktologické poradenství). I když byly obě skupiny (experimentální i kontrolní) úspěšné v redukci závažnosti PTSD (měřeno pomocí CAPS), experimentální skupina vykazovala větší známky zlepšení v oblasti symptomu „znovuprožívání traumatické události“. Participant ze skupiny ICBT tedy, dle výsledků této studie, vykazovali lepší schopnosti, jak se vypořádat s náhlými traumatickými vzpomínkami. Zajímavým výsledkem je, že participant s vyšší závažností PTSD dosahovali větších změn, a to v obou skupinách. Co se týče zlepšení v oblasti užívání návykových látek, nebyly pozorovány meziskupinové rozdíly, nicméně u obou skupin došlo ke zlepšení (na základě ASI, TLFB a toxikologie). Ve srovnání s výzkumem od stejného autora McGoverna a kolektivu autorů z roku 2015, ICBT prokázala odlišné výsledky. Výzkum byl prováděn v sedmi adiktologických

službách (Vermont, New Hampshire, USA) a obsahoval experimentální skupinu (ICBT plus léčba závislosti) a dvě kontrolní skupiny: (1) léčba závislosti plus individuální adiktologické poradenství a (2) standardní léčba zaměřující se pouze na závislost. Výsledky ukazují, že v oblasti PTSD, ICBT neprokazuje odlišné výsledky než alternativní léčby, nicméně u každé skupiny došlo k redukci závažnosti PTSD symptomatiky (čili podobný výsledek jako randomizovaná kontrolovaná studie – Seeking Safety – Zlotnick et al., 2009). K překvapení autorů výsledky dále ukázaly, že ICBT vykazovala lepší výsledky v redukci reaktivních screeningových testů moči na přítomnost návykových látek a také ve frekvenci užívání návykových látek. Autoři předpokládali, že ICBT v tomto směru nebude účinnější než alternativní léčby využívané v kontrolních skupinách (převážně na základě předešlých zkušeností z výzkumů, kde se tento jev nevyskytoval).

Výzkum zaměřující se na srovnání modelu Seeking Safety (Zlotnick et al., 2009) s léčbou závislosti, prováděnou mezi ženami s PTSD a závislostí na návykových látkách v průběhu odnětí svobody participantek, došel k závěru odlišnému od dvou výše zmíněných modelů. Mezi skupinami nebyl prokázán signifikantní rozdíl v pozitivní změně v oblasti PTSD a užívání návykových látek. Obě skupiny prokázaly signifikantní pokroky ve srovnání před léčbou a po léčbě. Výsledky dále ukazují, že existuje souvislost mezi počtem absolvovaných sezení a mírou zlepšení v symptomatice PTSD a syndromu závislosti. K podobným výsledkům došli i autoři Lenz et al. (2016), kteří provedli metaanalýzu výzkumů, zaměřujících se na využití modelu Seeking Safety v porovnání s jinými alternativami léčby. Autoři došli k závěru, že tento model je obecně účinnější v oblasti PTSD než léčba žádná či různé druhy alternativních léčeb, a že byl tento model často asociován s poklesem užívání návykových látek u participantů (nicméně doporučují i další formy léčby se zaměřením na problematiku závislosti).

Závěrem tedy dva ze tří představených výzkumů potvrdily, že intervence zaměřená integrovaně na obě diagnózy, vykazuje signifikantně lepší výsledky v PTSD (COPE a ICBT) a všechny výzkumy vykazovaly stejný výsledek v oblasti užívání návykových látek: neprokázaly meziskupinový rozdíl, ale u obou skupin se v každém výzkumu projevovala pozitivní změna. Pokud se daný léčebný přístup zaměřuje na užívání návykových látek, je možné, že výsledky v oblasti užívání návykových látek nebudou mezi různými typy léčeb rozdílné (v obou se klinici věnují problematice závislosti). Může to být ale způsobeno tím, že viditelná změna může nastat až po delší době. To naznačují výzkumy (například Hien et al., 2010), kde se pozitivní změna projevila až po uplynutí delší doby a bylo prokázáno, že pozitivní změna v PTSD může predikovat i pozitivní změnu v užívání návykových látek. Je tedy možné, že by se tyto změny projevíly i po delší době od uplynutí těchto výzkumů, tyto výsledky ovšem chybí.

Je třeba upozornit, že se jedná pouze o příklady výzkumů (zaměřujících se na léčebné výsledky modelů integrované léčby PTSD a závislosti na návykových látkách),

výsledky proto nelze generalizovat (liší se svou metodologií, výzkumným souborem a dále – více viz. kapitola 5.5. Limity práce). Diskutovány jsou zde proto převážně výsledky konkrétních výzkumů, se srovnáním s dalšími výzkumy, ale na hlubší analýzu efektivity těchto (a dalších) modelů, by bylo třeba většího výzkumného souboru a provedení obsáhlejších metaanalýz.

Vystavení traumatické události je běžným problémem v obecné populaci a u klientů se současně se vyskytující poruchou spojenou s užíváním návykových látek, a často i jinou duševní nemocí, je ještě obvyklejší (Najavits et al., 1997). Klienti, kteří prožili traumatické události, mají často závažnější symptomy duální nemoci a obecně častější komplikace (např. Souza, Spates, 2008; Killeen et al., 2015). Vše je o to více problematické, pokud se u klienta vyvine posttraumatická stresová porucha. Proto je velmi žádoucí, aby kliničtí pracovníci věděli o významu traumatu (a o jeho možných následcích), měli základní znalosti o problematice traumatu a souvisejících poruchách, o vztahu traumatu a užívání návykových látek a o možné etiologii těchto poruch. Mělo by jim být známo, jak daný problém rozpoznat, vyšetřit a jak s ním pracovat, a měli by být obecně k této problematice citlivější.

Mnoho osob s posttraumatickou stresovou poruchou vyhledá odbornou léčbu kvůli následné vypěstované závislosti na různých návykových látkách (Brady et al. 2001). Vyhýbání se této problematice v diagnostice a léčbě závislosti (ať už se jedná o přítomnost traumatické zkušenosti či o rozvinutou posttraumatickou poruchu) může přispívat ke zhoršení průběhu PTSD i návykové nemoci. Nejčastějším důsledkem vystavení traumatu je právě PTSD a schopnost správně vyšetřit klienta, získat anamnézu traumatu či PTSD, představuje důležitou dovednost klinických pracovníků pracujících v adiktologických službách. Jak již bylo výše zmiňováno, na základě několika studií (např. Back et al., 2006; Hien et al. 2010) bylo prokázáno, že zlepšení v oblasti PTSD symptomatiky je spojeno s redukcí užívání návykových látek. Tyto výsledky upozorňují na nutnost zaměřit se v léčbě adiktologických klientů na problematiku traumatu a zlepšit tak výsledky v léčbě závislosti u těchto klientů.

Když se klinici setkají s uživateli drog, mohou mít tendenci, přisuzovat jejich problémy tomu, že užívají návykové látky. Tito klienti však neřídka trpí komorbidními poruchami duševního zdraví, které se často nedaří rozpoznat. Vzhledem k tomu, že je trauma běžné a je spojováno s mnoha negativními dopady, měli by být všichni klienti standardně testováni na prožití traumatu. Zanedbaná diagnostika (chybná diagnostika či nediagnostikovaná potenciální PTSD) u klientů v adiktologických službách, může snížit efektivitu léčebného procesu. Je úlohou odborníka, aby se v rámci odebrání anamnézy důkladně zaměřil na možnou traumatizaci klienta. Úvaha o dynamice těchto poruch, rozpoznání podílu traumatických zážitků v klinickém obraze a možný rozvoj PTSD by mělo být podkladem pro posouzení léčebného postupu. Pokud je známo, že byl klient

vystaven (či opakovaně vystavován) traumatické události, měl by klinik pátrat po možných příznacích PTSD (viz teoretická část této práce).

Dalším důležitým aspektem, po správné diagnóze, je léčba obou poruch. Jsou autoři, kteří se domnívají, že je vhodné, zaměřit se na traumata až po léčbě závislosti, nejdříve až při následné léčbě klienta (např. Miller, 2011). Citované výzkumy neukazují, že by se terapie traumatu současně s léčbou závislosti jevila jako více riziková (například v oblasti cravingu). Navíc v případě, kdy jedinec užívá návykovou látku jako možnou formu sebededikace, se jeví jako paradoxní, léčit nejprve závislost a až poté se zaměřit na terapii traumat. Dalším argumentem je pak fakt, že nevyřešené trauma je velmi rizikovým faktorem pro relaps, protože (jak uvádí například Ouimette et al., 2007) spouštěče traumatických vzpomínek jsou rizikovější pro relaps, než obvyklé rizikové situace vyskytující se u osob se závislostí na návykových látkách (tj. negativní emoční stavy, interpersonální konflikty, sociální tlak – dle Marlatt a Gordon, 1985; in Kalina et al., 2008). Proto mnoho klientů ani není schopno bez vyřešení traumatické minulosti zvládnout abstinenci.

Vhodným místem pro léčbu duálních diagnóz se obecně považuje terapeutická komunita (například Kalina et al., 2015), čili i pro traumatizované jedince s potenciální PTSD se jeví tento typ služby jako vhodný. Terapeutická komunita se díky své filozofii a celé řadě účinných faktorů jeví jako bezpečné prostředí pro léčbu těchto poruch. Dalším vhodným místem pro léčbu může být střednědobá ústavní léčba, kde lze také vhodně pracovat s oběma komorbiditami v rámci rezidenční léčby, která se opět může jevit jako bezpečnější typ služby, vzhledem k tomu, že klient po sezení neodchází domů, nýbrž zůstává v bezpečném prostředí. Nicméně zahraniční zkušenosti neukazují, že by byl rezidenční typ služeb výrazně vhodnějším místem a mnoho autorů různých výzkumů, zaměřujících se na terapii PTSD a závislosti na návykových látkách, provádí svá zkoumání ve službách ambulantních. Pravděpodobně by se tedy mělo otázce traumat věnovat nehledě na to, v jaké službě se klient nachází a nezdá se býti vhodné klienta (u kterého je známo, že byl traumatizován či má PTSD) směřovat do typu služeb rezidenčních, pokud tato služba není z jiných důvodů pro klienta vhodná. Velmi důležitý je matching (čili párování potřeb). Klient tak může využít například služeb ambulantních, kde je možné také pracovat s oběma poruchami integrovaně.

Jak již bylo krátce zmíněno, traumatizovaní jedinci (či jedinci s potenciální PTSD), často vyhledají léčbu až kvůli problému s užíváním návykových látek. Pokud tedy existuje souvislost mezi traumatizací a následným užíváním návykových látek, je potřeba se zaměřit na intervenování traumatizovaných osob a na jejich včasný záchyt, a to jak mezi osobami užívající návykové látky, tak mezi běžnou populací.

U běžné populace je žádoucí, zaměřit se na edukaci praktických lékařů a snažit se o to, aby v rámci preventivních a jiných prohlídek, v případě podezření na možnou

traumatizaci jedince, proběhlo krátké zhodnocení a následné doporučení specializované pomoci (například při podezření na domácí násilí a podobně). V mladší populaci by měla pozornost směřovat na pedagogy, kteří mohou také při podezření na možnou traumatizaci dítěte, poskytnout krátkou intervenci.

U osob užívajících návykové látky se pravděpodobně na výskyt různých druhů traumatizace přijde až v průběhu léčby závislosti na návykových látkách. Proto by se pozornost na možná traumata mohla zaměřit více do předléčebné fáze (například do nízkoprahových služeb). Traumatizace je ale velmi běžným jevem u osob užívajících návykové látky (výzkum prováděný v aplikační místnosti v australském Sydney uvádí až 97% výskyt traumat u klientů využívajících tuto službu – Goodhew et al., 2016) a vliv traumat na užívání návykových látek u těchto jedinců pravděpodobně není možné zhodnotit v rámci kontaktu v nízkoprahových službách. Přesto se jeví jako vhodné tyto problémy u klientů mapovat a otevírat tím možnost pro další terapeutickou práci.

Diagnostika a léčba komorbidit je narušována skutečností, že pracovníci zařízení poskytujících služby uživatelům návykových látek mohou mít omezené znalosti o problematice posttraumatické stresové poruchy, a naopak terapeutičtí pracovníci zaměřující se na léčbu traumat, mohou vědět jen málo o léčbě uživatelů drog. Tato skutečnost v kombinaci s odlišným přístupem těchto dvou disciplín může bránit rozvoji globálního, uceleného vnímání komorbidit. Terapeuti by proto měli umět začlenit hlavní zásady práce s lidmi, kteří zažili trauma a poznat, kdy může klientovi prospět specializovaný program zaměřený na zvládnutí traumatu i návykové nemoci. Pro dobré podmínky pacientů i členů týmu, stejně jako i pro celkovou kvalitu péče, je důležité, zvyšovat schopnost celého týmu chápat odlišné problémy a s tím spojené specifické potřeby. S tím souvisí i potřeba prohlubování informací a vzdělávání terapeutů v oblasti traumat a schopnost těchto pracovníků přistupovat k celé problematice PTSD a závislosti víceoborovým přístupem.

Práce představila řadu modelů, jak integrovaného typu léčby, tak jiných typů, za jejichž použití lze s oběma komorbiditami pracovat. Tyto modely vykazují různé úspěšnosti v praxi; většinou se mezi experimentální a kontrolní skupinou v citovaných výzkumech velmi signifikantní rozdíl nepopisuje, je ovšem zřetelné, že ať už se jednalo o jakýkoliv model integrované léčby, vždy došlo u klientů ke zlepšení v oblasti obou poruch. U některých modelů se dokonce prokázal signifikantně lepší výsledek v oblasti PTSD symptomatiky. Je žádoucí, aby léčba současně se vyskytujícími poruchami zohledňovala klientovu traumatickou zkušenost, protože klienti mohou potřebovat speciálně zaměřenou léčbu na zvládnutí traumatu a jeho následků. Jestliže kliničtí pracovníci rozpoznají u klienta obě poruchy a léčí PTSD společně s léčbou návykové nemoci, mají klienti reálnou možnost zotavit se a vést plnohodnotný život.

Otázkou zůstává, jaké modely by byly využitelné v českých adiktologických službách. Lépe implementovatelné modely se zdají být ty, se zaměřením na kognitivně-behaviorální terapii bez využití expozice. Působí srozumitelně, není na ně zapotřebí dlouhých výcviků a dají se provádět i v kratších typech léčby (například ve střednědobé ústavní léčbě - při průměrné délce 8-12 sezení doba terapie vychází přibližně na dobu trvání střednědobé léčby; či v léčbě ambulantní). Odpadá zde i strach kliniků z používání expozic (nedostatečný výcvik v oblasti, strach z relapsů, strach z vyššího rizika sebevražd – probíráno v kapitole 4.4.). Nicméně tyto obavy ohledně používání COPE modelu nebyly potvrzeny výzkumy, spíše naopak; výzkumy ukazují, že jsou tyto obavy neopodstatněné. I model ICBT dle McGoverna et al. (2010) mnoho kliniků přijímá dobře, považují ho za lehce naučitelný a srozumitelný. Model Seeking Safety byl zase velmi dobře přijímán mezi participantkami studie Zlotnicka et al. (2009). Modely zaměřující se přímo na trauma za využití expozice, mohou být vhodnější do léčby dlouhodobé (například tedy do terapeutických komunit), kde je dostatek času na terapii a bezpečné prostředí.

Možnosti využití těchto modelů v našich podmínkách by bylo třeba podrobit zkoumání. Nejprve by bylo vhodné zmapovat, do jaké míry se PTSD vyskytuje u klientů v adiktologických službách a jaká je podoba těchto traumat a dále zmapovat, jak přesně se v různých typech služeb s traumaty či PTSD pracuje. Do budoucna by tedy bylo vhodné, zaměřit se ve výzkumech i nadále na srovnávání léčebných výsledků modelů integrované léčby PTSD a závislosti na NL s jinými alternativními léčbami, či mezi sebou. I když výsledky prokazují jistou efektivitu (v redukci PTSD symptomů i ve frekvenci užívání návykových látek a podobně), výsledky různých studií se liší, nelze tedy v současné době s určitostí říci, nakolik jsou tyto přístupy účinnější ve srovnání s léčbou zaměřenou pouze na závislost. Například Kalina (2015) uvádí, že obecně u duálních diagnóz výzkum nenavádí, že by specifické přístupy byly optimální cestou v léčbě; nebylo zjištěno, že by jeden přístup byl účinnější než jiný. Ani v problematice konkrétní duální diagnózy PTSD a syndrom závislosti nelze v současné době říci, který přístup je nejúčinnější. Možná nehraje ani takovou roli, jak přesně se s traumaty pracuje (míněno který konkrétní model se využívá), nejpodstatnější se zdá být fakt, že se problematika traumatizace neopomíná, klade se důraz na správnou diagnostiku možné PTSD a traumata nejsou odkládána na „druhou kolej“ či až za užívání návykových látek. Léčba je efektivní, pokud je poskytována na základě ověřené praxe a pokud je plánována a individuálně řízena. Dle autorů citovaných v teoretické části práce (např. Fox et al., 2010; Souza, Spates, 2008), komorbidní pacienti potřebují pečlivě koordinované a integrované služby. Různé konkrétní modely, využívané v zahraničí, nám mohou být dobrým příkladem a také inspirací k rozvoji uvažování o této problematice a možnému rozvoji terapeutické práce s adiktologickou klientelou v České republice. Cílem této teoretické práce bylo představit zahraniční zkušenosti v léčbě PTSD a závislosti na NL, představit konkrétní modely

integrované léčby a poskytnout systematický přehled výsledků publikovaných výzkumných článků, které se zabývají srovnáním léčebných výsledků obou diagnóz (za využití integrovaných léčebných metod ve srovnání s alternativní léčbou) čili cílem nebylo vyzdvihnout představené léčebné postupy, ale spíše přinést inspirativní shrnutí zahraničních zkušeností.

Jsou nutné výzkumy zabývající se prevalencí traumatických zážitků u klientů v českých adiktologických službách, protože tato data v podstatě chybí. Nelze se s určitostí řídit zahraničními odhady, protože se mohou vyskytovat různé rozdíly především kulturního charakteru. V jistých zemích je například velmi vysoká prevalence válečných traumat mezi muži, u nás by mohla být typologie traumat odlišná. S tím mohou být spojeny i odlišné potřeby léčebných přístupů a postupů u jedinců s PTSD a současnou závislostí na NL. Podle výzkumů existují i rozdíly mezi muži a ženami, způsoby traumatizace jsou tedy genderově rozdílné, což opět vede k potřebě individuálního přístupu. Obecně se v literatuře velmi liší informace ohledně prevalence PTSD mezi klienty v adiktologických službách. Toto velké rozpětí hodnot může souviset s odlišným zaměřením diagnostického hodnocení a typem zvoleného výzkumného vzorku, což podtrhuje skutečnost, že je potřeba strukturovanějších studií postavených na vzorku s dobře vymezenými charakteristikami a jednotnými hodnotícími nástroji.

Problematika PTSD v souvislosti s užíváním návykových látek je velmi bohaté téma a česky psaná literatura zabývající se tímto vztahem do současné doby v podstatě neexistuje. Práce představila ucelený pohled na tuto problematiku se zaměřením se na léčebné modely integrované léčby závislosti na návykových látkách při současné terapii posttraumatické stresové poruchy a také představila možnosti využití těchto specifických postupů. Domnívám se, že tímto byly zodpovězeny výzkumné otázky a byl tak naplněn cíl práce. Tento přehled může inspirovat české odborníky v možnostech přístupu ke klientům s touto duální diagnózou. Využití výsledků této práce může sloužit jako příklad dobré zahraniční praxe a jako inspirace pro léčebnou praxi či prevenci v České republice.

Shrnutí doporučení a závěrů práce: (1) vysoká prevalence PTSD u osob se závislostí na návykových látkách a naopak vysoká míra užívání návykových látek mezi osobami s posttraumatickou stresovou poruchou, (2) komorbidita PTSD může výrazně negativně narušovat efektivitu léčby závislosti a může si proto žádat specifický přístup, (3) existence modelů integrované léčby PTSD a závislosti na návykových látkách, které se využívají v zahraničí, (4) závěry výzkumů ukazují, že specializovaná léčba (strukturované psychoterapeutické přístupy) může být účinná pro klienty s touto duální diagnózou, (5) nutnost výzkumů v oblasti mapování prevalence PTSD a typologie traumat u klientů v českých adiktologických službách a mapování současných postupů práce s traumaty v adiktologických službách, (6) možnost realizace výzkumů zaměřujících se na možnou implementaci diskutovaných modelů do adiktologických služeb v České republice (názory

kliniků na tyto možnosti v léčbě), (7) potřeba české literatury zaměřující se na tuto duální diagnózu (o dynamice vztahu, etiologii, možnostech v léčbě a podobně), (8) zaměřit více pozornosti na včasný záchyt traumatizovaných osob (edukace pedagogů, praktických lékařů), (9) zaměřit pozornost na identifikaci PTSD u osob v adiktologických službách a správnou diagnostiku této poruchy.

Použitá literatura

- Back, S. E. (2010). Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20068121>.
- Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(9), 690-696. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Sudie_Back/publication/6818879_Symptom_Improvement_in_Co-Occurring_PTSO_and_Alcohol_Dependence/links/00b4952851ecb3b77f000000.pdf.
- Back, S. E., Dansky, B. S., Carroll, K. M., Foa, E. B., Brady, K. T. (2001). Exposure therapy in the treatment on PTSD among cocaine-dependent individuals: Description of procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 35-45. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11516926>.
- Back, S. E., Foa, E. B., Killeen, T. K., Mills, K. L., Teesson, M., Cotton, B. D., & Brady, K. T. (2014). *Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): Therapist guide*. Oxford University Press. Retrieved from: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=nfFwBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Concurrent+Treatment+of+PTSD+and+Substance+Use+Disorders+Using+Prolonged+Exposure+\(COPE\)&ots=iiAs9vJZjp&sig=ZCrkYpe4mCtOuczmlF1cGiTJOXE&redir_esc=y#v=onepage&q=Concurrent%20Treatment%20of%20PTSD%20and%20Substance%20Use%20Disorders%20Using%20Prolonged%20Exposure%20\(COPE\)&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=nfFwBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Concurrent+Treatment+of+PTSD+and+Substance+Use+Disorders+Using+Prolonged+Exposure+(COPE)&ots=iiAs9vJZjp&sig=ZCrkYpe4mCtOuczmlF1cGiTJOXE&redir_esc=y#v=onepage&q=Concurrent%20Treatment%20of%20PTSD%20and%20Substance%20Use%20Disorders%20Using%20Prolonged%20Exposure%20(COPE)&f=false).
- Baldwin, D. V. (2013). Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1549-1566. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763413001590>.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press. Retrieved from: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=Lx9hf3ZJCQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Anxiety+and+its+disorders:+The+nature+and+treatment+of+anxiety+and+panic&ots=WgBmAphO5i&sig=b9PZ_sryQsNyYLE2sbEGfayAGcs&redir_esc=y#v=onepage&q=Anxiety%20and%20its%20disorders%3A%20The%20nature%20and%20treatment%20of%20anxiety%20and%20panic&f=false.
- Batki SL, Pennington DL, Lasher B, Neylan TC, Metzler T, Waldrop AE, et al. (2014). Topiramate treatment of alcohol use disorder in veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *Alcohol Clin Exp Res*;38(8):2169–77. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25092377>.

Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour research and therapy*, 42(3), 277-292. Retrieved from: http://digitalcommons.trinity.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=psych_faculty.

Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 47-54. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Sudie_Back/publication/11828584_Exposure_therapy_in_the_treatment_of_PTSD_among_cocaine-dependent_individuals/links/0c96053567b1d9d022000000/Exposure-therapy-in-the-treatment-of-PTSD-among-cocaine-dependent-individuals.pdf.

Bremner R., Southwick, S. M., Darnell, A. & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry* 153:369–375. In: Volpicelli, J., Balaraman, G., Wallace, J., & Bux, D. (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction [Online]. *Alcohol Res Health*, 23(4), 256-262. Retrieved from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>.

Brinson, T., & Treanor, V. (1989). Alcoholism and posttraumatic stress disorder among combat Vietnam veterans. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 65-82. Retrieved from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020V05N03_06.

Brown, P. J., Recupero, P. R., & Stout, R. (1995). PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive behaviors*, 20(2), 251-254. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.grifols.com/science/article/pii/0306460394000603>.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (Eds.). (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah: Erlbaum. Retrieved from: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=BHEABAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Handbook+of+Posttraumatic+Growth&ots=o3EIAadGOs&sig=GQRKto74RirKzf3y5uG_582e6vo&redir_esc=y#v=onepage&q=Handbook%20of%20Posttraumatic%20Growth&f=false.

Calhoun, P. S., Bosworth, H. B., Hertzberg, M. A., Sampson, W. S., Felfman, M. E., Kirby, A. C., Wampler, T. P., Tate-Williams, F., Moore, S. D., Beckman, J. C. (2000). Drug use and validity of substance use reports in veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 68 (5), 923-927. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11068979>.

Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. In: Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Grada Publishing as.

Carroll, K. (1998). A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. In: Killeen, T. K., Back, S. E., & Brady, K. T. (2011). The use of exposure-based treatment among individuals with PTSD and co-occurring substance use disorders: Clinical considerations. *Journal of dual diagnosis*, 7(4), 194-206. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646384/>

Carson, D. S., Hunt, G. E., Guastella, A. J., Barber, L., Cornish, J. L., Arnold, J. C., & McGregor, I. S. (2010). Systemically administered oxytocin decreases methamphetamine activation of the subthalamic nucleus and accumbens core and stimulates oxytocinergic neurons in the hypothalamus. *Addiction biology*, 15(4), 448-463. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-1600.2010.00247.x/full>.

Cimrmanová, T. (2013). Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí. Praha: Karolinum.

Clark, D. B., Pollock, N.; Bukstein, O. G.; Mezzich, A. C.; Bromberger, J. T. & Donovan, J.E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36:1195–1203. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9291720>.

Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 425. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/journals/adb/20/4/425/>.

Cohen, E. S., & Densen-Gerber, J. (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: Preliminary results. *Child Abuse and Neglect*, 6, 383-387. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213482900813>.

Dansky, B. S.; Roitzsch, J. C.; Brady, K. T. & Saladin, M. E. (1997). Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Use of research in a clinical setting. *Journal of Trauma and Stress* 10, 141–148. In: Volpicelli, J., Balaraman, G., Wallace, J., & Bux, D. (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction [Online]. *Alcohol Res Health*, 23(4), 256-262. Retrieved from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2013) (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association. Retrieved from: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>.

Donovan, B., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). “Transcend” Initial Outcomes from a Posttraumatic Stress Disorder/Substance Abuse Treatment Program. *Journal of*

Traumatic Stress, 14(4), 757-772. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1013094206154>.

Edwards R., (2011). The development of dual diagnosis link workers in a mental health trust: reflections from clinical practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 4 (2), 75–83. Retrieved from: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/17570971111163000>.

Ehlers, C. L., Gizer, I. R., Gilder, D. A., & Yehuda, R. (2013). Lifetime history of traumatic events in an American Indian community sample: heritability and relation to substance dependence, affective disorder, conduct disorder and PTSD. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 155-161. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395612003147>.

EMCDDA (2004). Comorbidity — drug use and mental disorders. *Drugs in Focus*, 14. Lisabon: EMCDDA. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>.

Epstein, J. N., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G. & Resnick, H. S. (1998). PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse and Neglect* 22, 223–234. In: Volpicelli, J., Balaraman, G., Wallace, J., & Bux, D. (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction. *Alcohol Res Health*, 23(4), 256-262. Retrieved from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>.

Fallot, R. D., & Harris, M. (2002). The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community mental health journal*, 38(6), 475-485. Retrieved from: http://www.scattergoodfoundation.org/sites/default/files/supporting_files/TREM.pdf

Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current psychiatry reports*, 18(8), 1-9. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-016-0709-y>.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences: therapist guide. In: Killeen, T. K., Back, S. E., & Brady, K. T. (2011). The use of exposure-based treatment among individuals with PTSD and co-occurring substance use disorders: Clinical considerations. *Journal of dual diagnosis*, 7(4), 194-206. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646384/>.

Foa, E. B., Yuskov, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D., & Volpicelli, J. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial. *Jama*, 310(5), 488-495. Retrieved from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1724275?>.

Folkman, S., Lazarus, R. (2013). *Stress: appraisal and coping*. Springer New York. Retrieved from: https://books.google.cz/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?id=i-ySQQuUpr8C&redir_esc=y.

Ford, J. D., & Russo, E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American journal of psychotherapy*, 60(4). Retrieved from: http://www.advancedtrauma.com/FordRussoAJP2006_TARGET_1_.pdf.

Fox, L., Drake, R. E., et al. (2010). Integrovaná léčba duálních poruch (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Frisman, L., Ford, J., Lin, H. J., Mallon, S., & Chang, R. (2008). Outcomes of trauma treatment using the TARGET model. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(3-4), 285-303. Retrieved from: <http://hospital-advancedtraumasohomestead.com/FrismanFordMallonLinChangJGAR2008.pdf>.

Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European Journal of psychotraumatology*, 3. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415609/>.

Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: a qualitative study. *European journal of psychotraumatology*, 5. Retrieved from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v5.22821>.

Goodhew, M., Salmon, A. M., Marel, C., Mills, K. L., & Jauncey, M. (2016). Mental health among clients of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC). *Harm Reduction Journal*, 13(1), 29. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5062820/>.

Hájek, T. (2002). Publikační bias: lze se spolehnout na metaanalýzy? *Psychiatrie*, 6, 252-254. Retrieved from: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc03005493>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hašto, H., Vojtová, J. (2014). Posttraumatická stresová porucha. *Psychiatria Pre Praxi*, 15(1), 22-25. Retrieved from: http://oushi.upol.cz/data/2015/04/02/15/2014_posttraumaticka_stresova_porucha.pdf.

Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N., Hu, M. C., Miele, G. M., Cohen, L. R., & Suarez-Morales, L. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use

outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 95-101. Retrieved from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09091261>.

Hien, D. A., Levin, F. R., Ruglass, L. M., López-Castro, T., Papini, S., Hu, M. C., & Herron, A. (2015). Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(2), 359. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/83/2/359/>.

Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí [Online]. Praha: Filia nova. Retrieved from: http://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=347#center_column.

Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164. Retrieved from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/117/4793/Dualni-diagnozy-v-terapeutickych-komunitach-pro-zavisle-moznosti-a-meze-integrované-lecby>.

Kalina, K., Minařík J., (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Kapitola 9. Praha: Grada Publishing.

Kaysen, D., Atkins, D. C., Moore, S. A., Lindgren, K. P., Dillworth, T., & Simpson, T. (2011). Alcohol use, problems, and the course of posttraumatic stress disorder: A prospective study of female crime victims. *Journal of Dual Diagnosis*, 7, 262–279. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607458/>.

Kessler, R. C., Berglund, P., Delmer, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602. Retrieved from: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208678>.

Killeen, T. K., Back, S. E., & Brady, K. T. (2011). The use of exposure-based treatment among individuals with PTSD and co-occurring substance use disorders: Clinical considerations. *Journal of dual diagnosis*, 7(4), 194-206. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646384/>.

Killeen, T. K., Back, S. E., & Brady, K. T. (2015). Implementation of integrated therapies for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorders in community substance abuse treatment programs. *Drug and alcohol review*, 34(3), 234-241. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4737595/>.

Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley. In: Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Grada Publishing as.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada Publishing as.

Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/7. Praha: Národní monitorovací centrum.

Lenz, A. S., Henesy, R., & Callender, K. (2016). Effectiveness of Seeking Safety for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 51-61. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/A_Lenz2/publication/289244847_Effectiveness_of_Seeking_Safety_for_CoOccurring_Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Substance_Use/links/568bf21708ae16c414a9ce05.pdf.

Mareš, J. (2007). Posttraumatický rozvoj u dětí a dospívajících. In J. Mareš a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 9–34, Brno: MSD.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change. New York: *Guilford*. In: Kuda, A. (2008). *Prevence a zvládání relapsu*. In Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 16. Praha: Grada Publishing.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press. Retrieved from: https://books.google.cz/books?id=sR4wTzfK54C&hl=cs&source=gbs_book_other_versions

McFall, M., Saxon, A. J., Thompson, C. E., Yoshimoto, D., Malte, C., Straits-Troster, K., & Steele, B. (2005). Improving the rates of quitting smoking for veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1311-1319. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Kristy_Straits-Troster/publication/7748931_Improving_the_Rates_of_Quitting_Smoking_for_Veterans_With_Posttraumatic_Stress_Disorder/links/571aa7d708ae7f552a473515.pdf.

McGovern P. M., Capone Ch., Carter C. A., Hamblen J., Stecker T., Eaton Short E., Mueser K. T., Janowski M. K., (2011b). Integrated cognitive behavioral therapy (ICBT): clinician manual. Retrieved from: <http://dartmouthprc.org/wp-content/uploads/ICBT-VA-Clinicians-Manual.pdf>

McGovern, M. P., & Stecker, T. (2011). Co-occurring Substance Use and Posttraumatic Stress Disorders: Reasons for Hope. *Journal Of Dual Diagnosis*, 7(4), 187-193. Retrieved from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15504263.2011.620419>.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and

posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 892-897. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720425/>.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Alterman, A. I., Xie, H., & Meier, A. (2011a). A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of dual diagnosis*, 7(4), 207-227. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789408000828>.

McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Xie, H., Meier, A., McLeman, B., & Saunders, E. (2015). A randomized controlled trial of treatments for co-occurring substance use disorders and post-traumatic stress disorder. *Addiction*, 110(7), 1194-1204. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25846251>.

McGregor, I. S., & Bowen, M. T. (2012). Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Hormones and behavior*, 61(3), 331-339. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X11002765>.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008). (2., aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency. Retrieved from <http://kramerius.mzk.cz/search/handle/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Helping people change. *Guilford press*. Retrieved from: <http://josna.fi/uploads/documents/Motivoiva%20haastattelu.pdf>.

Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., ... & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Jama*, 308(7), 690-699. Retrieved from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1346186>.

Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., Darke, S., & Shanahan, M. (2005). The costs and outcomes of treatment for opioid dependence associated with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 56(8), 940-945. Retrieved from: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.56.8.940>.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s.

Možný, P., Praško, J., & Švestka, J. (1999). Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Praha: Triton.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová L., et al. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved from: <https://www.drogyinfo.cz/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2015/>.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, L., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002 [The 2002 Drug Situation in the Czech Republic – Annual Report]. Praha: Úřad vlády ČR. Retrieved from: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2002/>

Mueser, K. T., Noordsy D. L., Drake, R., Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. Guilford Press. Retrieved from: [https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=8jlW0vojvp0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=\).+Integrated+treatment+for+dual+disorders:+A+guide+to+effective+practice&ots=9L63Y7GCd-&sig=CfzDSwRHDXD7057xjd3MC9Gl6w4&redir_esc=y#v=onepage&q=\).%20Integrated%20treatment%20for%20dual%20disorders%3A%20A%20guide%20to%20effective%20practice&f=false](https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=8jlW0vojvp0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=).+Integrated+treatment+for+dual+disorders:+A+guide+to+effective+practice&ots=9L63Y7GCd-&sig=CfzDSwRHDXD7057xjd3MC9Gl6w4&redir_esc=y#v=onepage&q=).%20Integrated%20treatment%20for%20dual%20disorders%3A%20A%20guide%20to%20effective%20practice&f=false).

Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-00375-000>.

Najavits, L. M. (2009). Seeking Safety: an implementation guide. *The clinician's guide to evidence-based practice*, 311-347. Retrieved from: https://seekings.ipower.com/7-11-03%20arts/2009%20implementation_guide_ss.pdf.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Liese, B. S. (1996). Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 13-22. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074054729502025X>.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1997). The Link Between Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Reasons for Hope [Online]. *The American Journal On Addictions*, 6(4), 273-283. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9398925>.

Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of traumatic stress*, 11(3), 437-456. Retrieved from: <https://seekings.ipower.com/7-11-03%20arts/ss%20oco%2098.pdf>.

Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, duální diagnózy [Psychiatric Comorbidity and Complications: dual diagnoses]. In: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 4/5. Praha: Národní monitorovací centrum.

- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2012). A randomized, controlled pilot study of MDMA (\pm 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine) -assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 0269881112464827. Retrieved from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112464827>.
- Olf, M., Langeland, W., Witteveen, A., & Denys, D. (2010). A psychobiological rationale for oxytocin in the treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS spectrums*, 15(08), 522-530. Retrieved from: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/div-classtitlea-psychobiological-rationale-for-oxytocin-in-the-treatment-of-posttraumatic-stress-disorderdiv/390F570F6EE36D7626A914AAC51C7F06>.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 105. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/journals/db/13/2/105/>.
- Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M., & Brown, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive behaviors*, 32(8), 1719-1727. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.grifols.com/science/article/pii/S0306460306003534>.
- Persson, A., Back, S. E., Killeen, T. K., Brady, K. T., Schwandt, M. L., Heilig, M., & Magnusson, Å. (2017). Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE). *Journal Of Addiction Medicine*, 11(2), 119-125. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28079572>.
- Pešek, M. R. (2010). Metoda sebeznehodnocujícího a sebezpovzbuzujícího dopisu v KBT. *Psychiatr. prax*, 11(5-6), 194-196. Retrieved from: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/04/09.pdf>.
- Petrakis, I. L., Desai, N., Gueorguieva, R., Arias, A., O'brien, E., Jane, J. S., Ralevski, E. (2016). Prazosin for veterans with posttraumatic stress disorder and comorbid alcohol dependence: a clinical trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(1), 178-186. Retrieved from: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.grifols.com/ehost/detail/detail?sid=8d3e102a-9baf-4a00-9eec-539ba733b59e%40sessionmgr103&vid=0&hid=111&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=26683790&db=mdc>.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 30(6), 635-641. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Mark_Powers/publication/44672198_A_Meta-Analytic_Review_of_Prolonged_Exposure_for_Posttraumatic_Stress_Disorder/links/55b2765b08ae092e9650a178.pdf.

Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit. Praha: Maxdorf.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001a). Posttraumatické stresové poruchy I. díl: Klinický obraz a etiologie. *Psychiatrie Pro Praxi*, 2001(4), 157-160.

Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001b). Posttraumatické stresové poruchy II. díl: Léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2001(5), 206-210.

Raskind, M. A. (2015). Prazosin for the treatment of PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(2), 192-203. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40501-015-0040-y>.

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 25-38. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815000380>.

Ruzek, J. I., Polusny, M. A., & Abueg, F. R. (1998). Assessment and treatment of concurrent posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 226-255. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Melissa_Polusny/publication/242072719_Assessment_and_Treatment_of_Concurent_Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Substance_Abuse/links/0c9605349f04eab16d000000.pdf.

Sacks, S., McKendrick, K., Sacks, J. Y., Banks, S., & Harle, M. (2008). Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: main outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 48-60. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547207000955>.

Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (2004). Postupy v léčbě psychických poruch, 1. vydání. Praha: Academia Medica Pragensia. Höschl, Libiger, J., & Švestka, J. (2004). Psychiatrie (2., dopl. a opr. vyd.). Praha: Tigis.

Sessa, B. (2016). MDMA and PTSD treatment: PTSD: From novel pathophysiology to innovative therapeutics. *Neuroscience letters*. Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304394016304906>.

Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*, 13(3), 263-78. Retrieved from: <http://www.dialogues-cns.com/publication/post-traumatic-stress-disorder-the-neurobiological-impact-of-psychological-trauma/>.

Simpson, T. L., Malte, C. A., Dietel, B., Tell, D., Pocock, I., Lyons, R., & Saxon, A. J. et al. (2015). A pilot trial of prazosin, an alpha-1 adrenergic antagonist, for comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental*

Research, 39(5), 808-817. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4400241/>.

Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika (2. rev. vyd.). Praha: Maxdorf.

Souza, T., & Spates, C. R. (2008). Treatment of PTSD and substance abuse comorbidity [Online]. In *The Behavior Analyst Today*. 9, 11-26. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/journals/bar/9/1/11/>.

Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/journals/bul/120/1/83/>.

Stewart, S. H., Conrod, P. J., Pihl, R. O., Dongier, M. (1999). Relations between posttraumatic stress symptom dimensions and substance dependence in a community recruited sample of substance abusing women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (2), 78-88. Retrieved from: <https://dalspace.library.dal.ca/handle/10222/32956>.

Timko, C., Sutkowi, A., Pavao, J., & Kimerling, R. (2008). Women's childhood and adult adverse experiences, mental health, and binge drinking: The California Women's Health Survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 3(1), 15. Retrieved from: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-3-15>.

Triffleman, E. (2000). Gender differences in a controlled pilot study of psychosocial treatments in substance dependent patients with post-traumatic stress disorder: Design considerations and outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 113-126. Retrieved from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n03_10.

Triffleman, E., Carroll, K., Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy: An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 3-14. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10435248>.

Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese (Vyd. 4., rozš. a přeprac.). Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2014). Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
Miller, G. A. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof. Praha: Portál.

Vojtová, H., Bob, P., & Ptáček, R. (2012). Metoda desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů (EMDR) – psychologické a neurobiologické souvislosti terapie posttraumatické stresové poruchy. *Ceskoslovenska Psychologie*, 56(5), 463. Retrieved

from: <http://search.proquest.com/openview/491f69d1cd808e96227ef629b3c53207/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28548>.

Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). Velký lékařský slovník [Online] (10. aktualizované vydání). Praha: Maxdorf. Retrieved from: <http://lekarske.slovníky.cz/>.

Volpicelli, J., Balaraman, G., Wallace, J., & Bux, D. (1999). The Role of Uncontrollable Trauma in the Development of PTSD and Alcohol Addiction [Online]. *Alcohol Res Health*, 23(4), 256-262. Retrieved from <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-4/256-262.pdf>.

Yates, R., & Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. *Therapeutic communities for the treatment of drug users*, 4, 178–191. In: B. Rawlings & R. Yates (2001). *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London: Jessica Kingsley Publishers. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64342/>.

Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3031094/>.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis